FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1967

THÈSE

N° 388

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Sylvie BALLANDRAS née HERBET

le 26 octobre 1936 à Muret (Haute-Garonne)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

FREQUENCE ET NATURE DES AFFECTIONS GASTRO-ENTEROLOGIQUES EN MEDECINE INTERNE HOSPITALIERE.

Président : Monsieur PEQUIGNOT, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1967

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Sylvie BALLANDRAS née HERBET

le 26 octobre 1936 à Muret (Haute-Garonne)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

FREQUENCE ET NATURE

DES AFFECTIONS GASTRO-ENTEROLOGIQUES

EN MEDECINE INTERNE HOSPITALIERE.

Président : Monsieur PEQUIGNOT, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

15/1/1967

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges BROUET.

1er ASSESSEUR . . . . . } Daniel BARGETON
2e ASSESSEUR . . . . . } Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) **Professeurs titulaires :**

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
— —	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Therapeutique	LAMOTTE (M.)
Therapeutique appliquée	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bacteriologie	BARBIER (P.)
Biochimie medicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie medicale	BOURLIÈRE (F.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
	SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)
	GOUGEROT (L.)
	ROUCAYROL (J.-Cl.)
	TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique		DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	BAUMANN (J.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)		PADOVANI (P.)
— — — (Beaujon)		CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	N...
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	CONTE (M.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BROUET (G.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	SÈZE (S. de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F. Widal)	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
Médecine	BOUR (H.)
	CAROLI (J.)
	DREYFUS (B.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F
	WORMS (R.)
Néphrologie	RICHET (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)

	MM.
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Mère,

A mon Père,

car ils m'ont constamment encouragé
dans ces études.
En signe de gratitude et de tendresse.

A mon mari, dont la compétence , la patience et l'humour m'ont été un grand soutien.

A nos deux fils,

A ma soeur et à sa famille,

A ma belle-famille.

A mes proches amis,

Monique CHANGEUX, Thérèse COUSIN,

Monique LUKASIEWICZ

Daniel et Nicole EMERY

Michel et Christiane DREVARD

Monsieur le Professeur Henri PEQUIGNOT

Professeur de Pathologie Médicale à la Faculté de Médecine de Paris,

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Pour sa très grande humanité en particulier ce respect, cet accueil d'autrui, qui ont permis la réalisation de cette thèse.

A Monsieur le Professeur J. GUERRE,

Pour ses conseils efficaces.

Au Professeur PEQUIGNOT, en stage de médecine générale,

Au Professeur SOULIE, en cardiologie,

Au Professeur CATHALA, en pédiatrie,

Au Professeur J. BERNARD, en pneumophtisiologie,

Au Professeur DUPERRAT, en dermatologie ,

Au professeur MOREAU, en obstétrique

Au professeur DELAY, en psychiatrie.

En souvenir de précieux stages
hospitaliers.

P L A N

INTRODUCTION

Déroulement de l'enquête.

Chapitre I - Echantillon général

Résultats administratifs : Age - Sexe - Durée de séjour - mode d'entrée et de sortie.

Résultats sociologiques : Résidence, origine géographique, profession.

Chapitre II

Résultats médicaux : Etude de la morbidité.

Chapitre III - Echantillon de gastro-entérologie

Résultats administratifs : Age - Sexe - Mode d'entrée - Répartition selon les entrées.

Chapitre IV

Résultats médicaux : Etude de la morbidité.

Etude de la mortalité - Nécropsie

Représentativité statistique

Conclusions

Bibliographie

oOOo

INTRODUCTION

En mars 1966, une étude systématique de la clientèle d'une consultation hospitalière était publiée sous la direction du Professeur PEQUIGNOT, avec ses assistants et le Docteur René GIRERD comme collaborateurs, celui-ci dirigeant la consultation de porte. Les résultats notés alors sont les suivants :

19 % de malades de gastro-entérologie sur le total des consultants.

Cela plaçait cette spécialité en 2e position après les affections cardio-vasculaires, dans un hôpital à clientèle orientée tel qu'est Broussais vers la cardiologie.

Pour compléter cette information, Monsieur le Professeur PEQUIGNOT voulut nous proposer une étude des hospitalisations sur un échantillon donné.

Cette enquête s'est faite dans un service de médecine générale à Cochin.

L'intérêt en était considérablement augmenté du fait qu'il s'agit d'un service entièrement nouveau, implanté au sein d'un centre hospitalier ancien.

Il nous fut demandé de limiter notre échantillon aux 500 premiers malades du service. Nous avons donc fait débuter notre enquête le 14 novembre 1966 et l'avons close le 24 février 1967 (soit 3 mois et 10 jours) ceci,

afin d'éliminer l'influence possible que pourrait prendre sur les hospitalisations, la présence de consultations spécialisées (fonctionnant actuellement en cardiologie, gastro-entérologie et psychiatrie).

Il faut cependant tenir compte de l'influence d'autres services nouveaux, installés dans le même hôpital. D'autre part, il ne faut pas mésestimer tous les autres services hospitaliers déjà présents à l'intérieur de l'hôpital Cochin.

Chaque fois que cela sera possible ou intéressant, nous comparerons donc la consultation de porte à Broussais et l'hospitalisation à Cochin, sur un plan général, puis sous l'angle de la gastro-entérologie.

Certains points particuliers de notre enquête seront mis en référence avec l'importante étude faite par le Docteur MAGDELAINE, sous la direction du Professeur PEQUIGNOT de 1952 à 1954 (Réf. en bibliographie).

Nous soulignons d'ailleurs que tous les travaux dans lesquels nous avons puisé, plan, renseignements, comparaisons ont été dirigés par Monsieur le Professeur PEQUIGNOT, toujours vivement intéressé par les problèmes posés par la fonction hospitalière.

Quant à notre étude, nous espérons en tirer quelques conclusions sur un équipement satisfaisant des services hospitaliers.

Deux remarques cependant :

En premier lieu, il s'agit d'une enquête réalisée rapidement et dans des conditions assez artisanales.

En second lieu, l'échantillon comparatif est volontairement réduit.

Mais telle qu'elle est, cette thèse souhaite participer à l'étude du fonctionnement d'un centre hospitalier, afin de cerner toujours mieux les besoins des malades qui ont recours à ses services.

oOo

DEROULEMENT DE L'ENQUETE A COCHIN

Le service de médecine générale où nous avons travaillé comprenait 82 lits. Les attributions de lits selon le sexe variant suivant les admissions . En fait, le nombre des malades a, en permanence, dépassé les effectifs en lits théoriques, de 10 à 40 malades selon les époques.

Nous avons eu à notre disposition les dossiers des malades et avons établi une fiche par dossier. Cette fiche reproduite plus loin, nous apportait tous les renseignements administratifs et sociologiques nécessaires pour fournir la base comparative de l'enquête. Nous avons pu obtenir des résultats sauf pour le mode de sortie et la date de sortie, nous verrons plus loin pourquoi.

Les interdéterminés autour d'un e quarantaine se regroupent dans les rubriques "profession, origine géographique". Nous pensons que sur le total, les résultats n'en seront pas fortement affectés.

D'autre part, étant donné les conditions particulières de l'enquête, nous ne pourrons dire qu'un mot des réhospitalisations, peu nombreuses du fait de l'ouverture récente du service. Nous remercions Madame CHEVALIER, archiviste et ses collaboratrices pour l'aide qu'elles nous ont fournie, dans cette recherche de dossiers.

Sur cette fiche furent en outre notés (ce qui était le fond même de notre étude) tous les diagnostics. Furent distingués le ou les diagnostics ayant motivé l'hospitalisation, des diagnostics associés comprenant en majeure partie les antécédents et quelques affections très diverses telles que "névrome plantaire", "ulcère de jambe", "désocialisation" etc.....

Chaque fois que nous avons eu un dossier où étaient inscrits les diagnostics, nous avons respecté la liste fournie. Ce qui fut fait pour 430 dossiers. Ils avaient tous été revus par le Professeur PEQUIGNOT et ses collaborateurs à la sortie du malade, avant le départ aux archives. Pour les 50 restants, nous avons inscrit nous-mêmes les diagnostics ; il s'agissait de malades encore hospitalisés et dont le dossier n'avait pu être revu par le Chef de Service. Aidés des notations de l'interne, nous pensons cependant avoir établi, en général, un diagnostic utilisable pour cette enquête.

Restent 10 malades sur lesquels nous n'avons pu avoir aucun renseignement d'ordre diagnostique .

Les malades ayant été en placement ou transférés dans un autre hôpital, les dossiers ont suivi par suite d'une panne de la photocopieuse. Nous n'avons eu sur eux que quelques renseignements administratifs. Le souvenir laissé n'a pas été assez vivace pour que les internes aient pu nous donner des diagnostics.

oOo

DEFINITION DE L'ECHANTILLON DE CONSULTATION DE BROUSSAIS.

L'étude systématique de la clientèle d'une consultation à laquelle nous comparerons notre enquête fut faite pendant toute l'année 1964.

Il s'agit donc d'un très fort échantillon de 3.258 dossiers. Il fut soumis à une exploration mécanographique après mise en cartes perforées des renseignements.

EXPLOITATION DES RESULTATS

Nous suivrons un plan relevé par le Docteur Y. GRANGE dans sa thèse "Un service parisien en 1836". Ce plan avait été emprunté à la thèse du Docteur M. MAGDELAINE "Les techniques d'étude de la fonction hospitalière".

Quatre grands chapitres :

. Résultats généraux, administratifs, sociologiques de l'échantillon
. Résultats médicaux
. Résultats généraux, administratifs de l'échantillon de gastro-entérologie
. Résultats médicaux.

oOo

1 FICHE PAR HOSPITALISE

- N° de dossier
- Nom, prénom Sexe :
- Date de naissance
- Profession
- Résidence Origine géographique :

Entré le :

Sorti le :

Mode d'entrée :

Mode de sortie :

DIAGNOSTICS

-
-
-
-
-

CHAPITRE I

I - RESULTATS GENERAUX - SEXE ET AGE

Pendant la période allant du 14 novembre I966 au 24 février I967, le service de médecine générale de Cochin a enregistré 500 admissions.

Sur ce nombre, nous avons relevé 266 hommes et 234 femmes. La prédominance masculine est donc évidente, mais peu importante. A la consultation de Broussais, les résultats étaient peu différents, I.705 hommes et I.553 femmes, ce qui est très comparable.

La composition par âge :

Sur l'ensemble des hospitalisés, hommes et femmes, nous constatons une majorité entre 55 et 85 ans. Il est plus intéressant de considérer la répartition suivant le sexe. Nous constatons alors que les hommes sont en grande partie responsables de la pointe entre 55 et 65 ans, tandis que les femmes le sont pour la période de 65 à 85 ans.

Par rapport à la consultation de porte de Broussais : nous extrayons du schéma 4, une première constatation :

Alors que nous avons I2,4 % d'hommes et 35,2 % de femmes de plus de 75 ans en hospitalisation, en consultation, nous avons seulement 5,5 %

d'hommes et I2,8 % de femmes. Nous pouvons dire que femmes et hommes âgés sont plus nombreux en service hospitalier qu'en consultation. Nous constatons une fois de plus, le vieillissement de la population hospitalière allant de pair avec un allongement général de la durée de vie.

Le schéma (6) montre comparativement que le pourcentage de malades est plus grand entre 46 et 65 ans pour les hommes et 55 à 75 ans pour les femmes.

Dans l'ensemble, il y a un rajeunissement en consultation par rapport à l'hospitalisation.

Par rapport à la pyramide des âges de la population : schéma 8, nous remarquons que consultants et population ont une répartition relativement comparable.

Par contre, les hospitalisés marquent une indépendance manifeste surtout sensible chez les femmes.

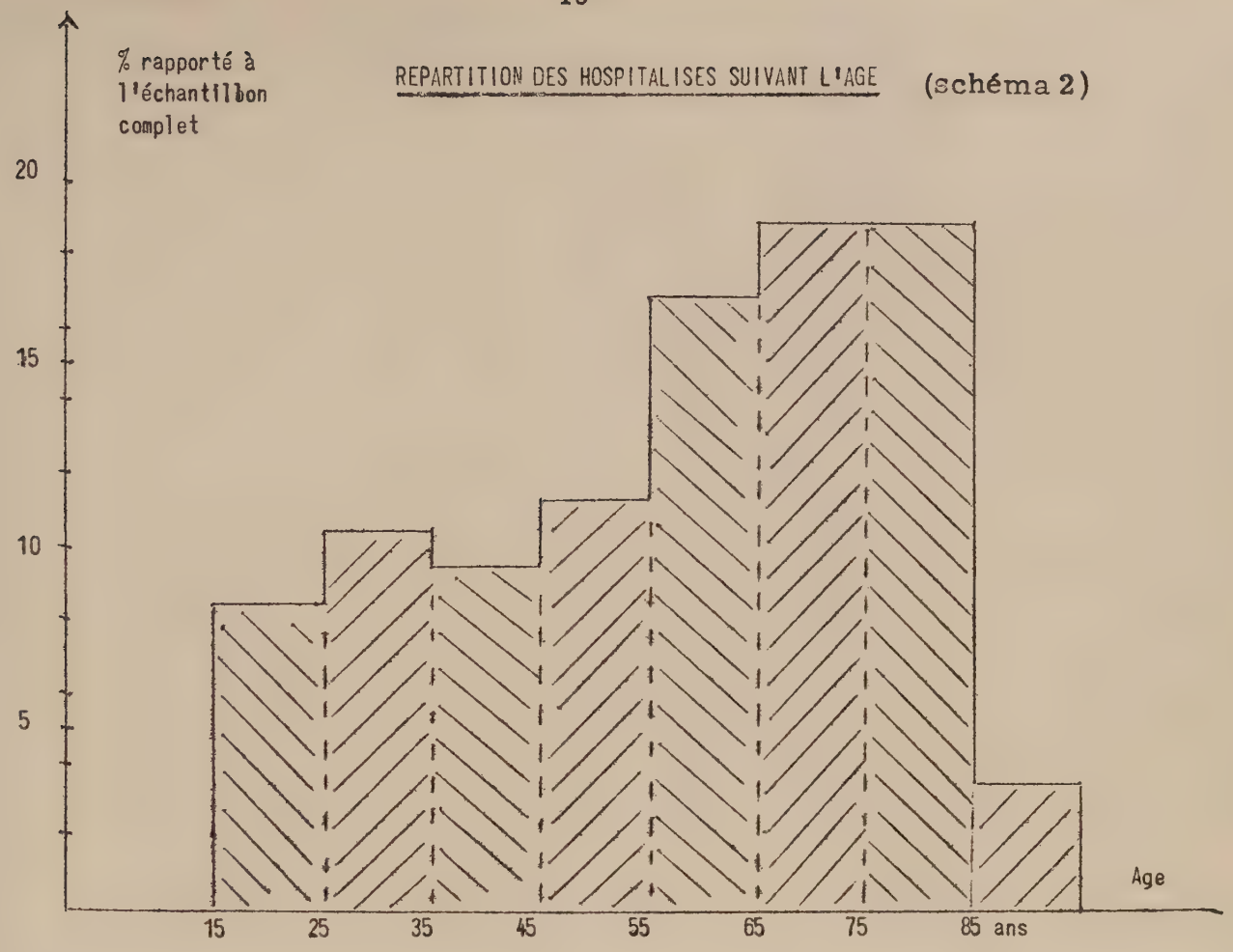
En effet, peu d'hospitalisations féminines dans les premières décades de la vie et un très grand nombre dans les deux dernières.

Chez les hommes, les différences sont bien moins nettes. D'une manière générale, nous pouvons conclure que l'hospitalisation des femmes âgées est à elle seul une notion intéressante et dont l'incidence se fera sentir tout le long de notre enquête.

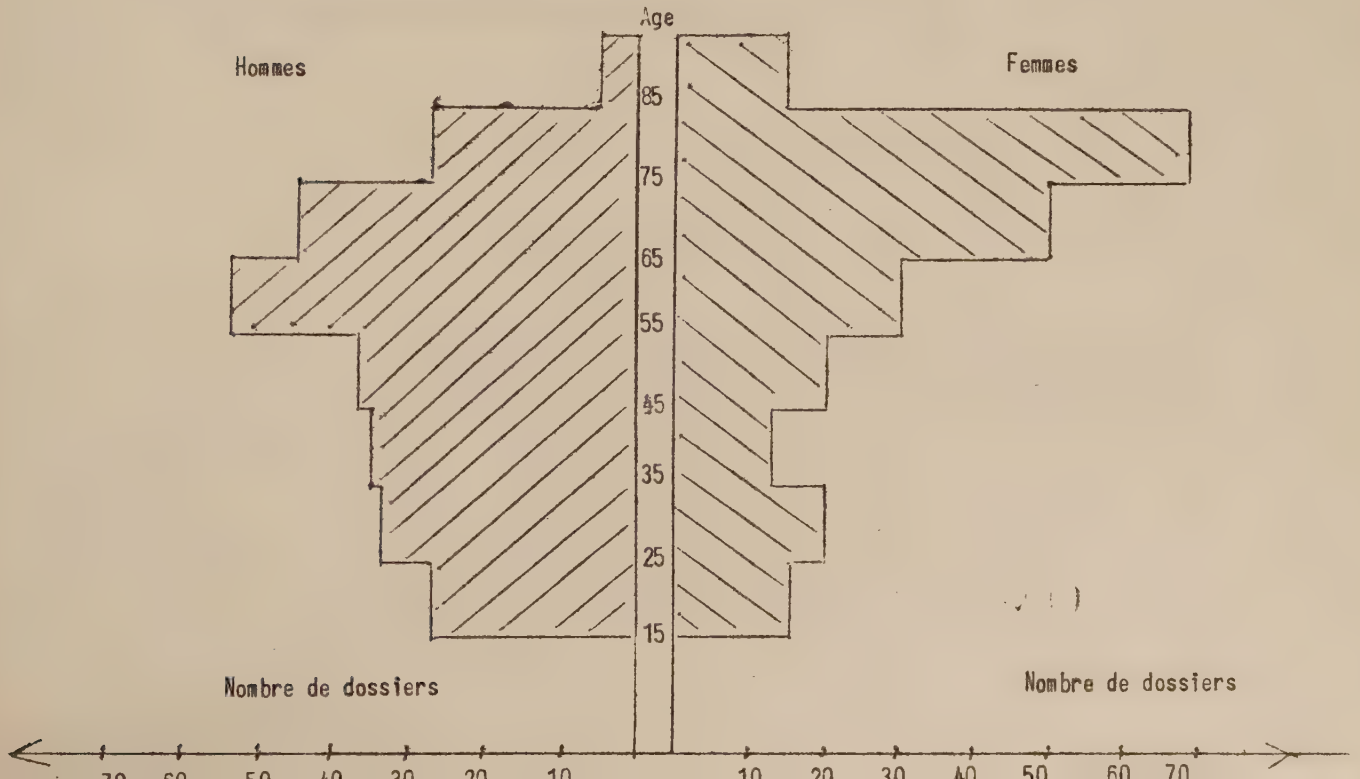
REPARTITION PAR SEXE ET PAR AGE DES HOSPITALISES (schéma 1)

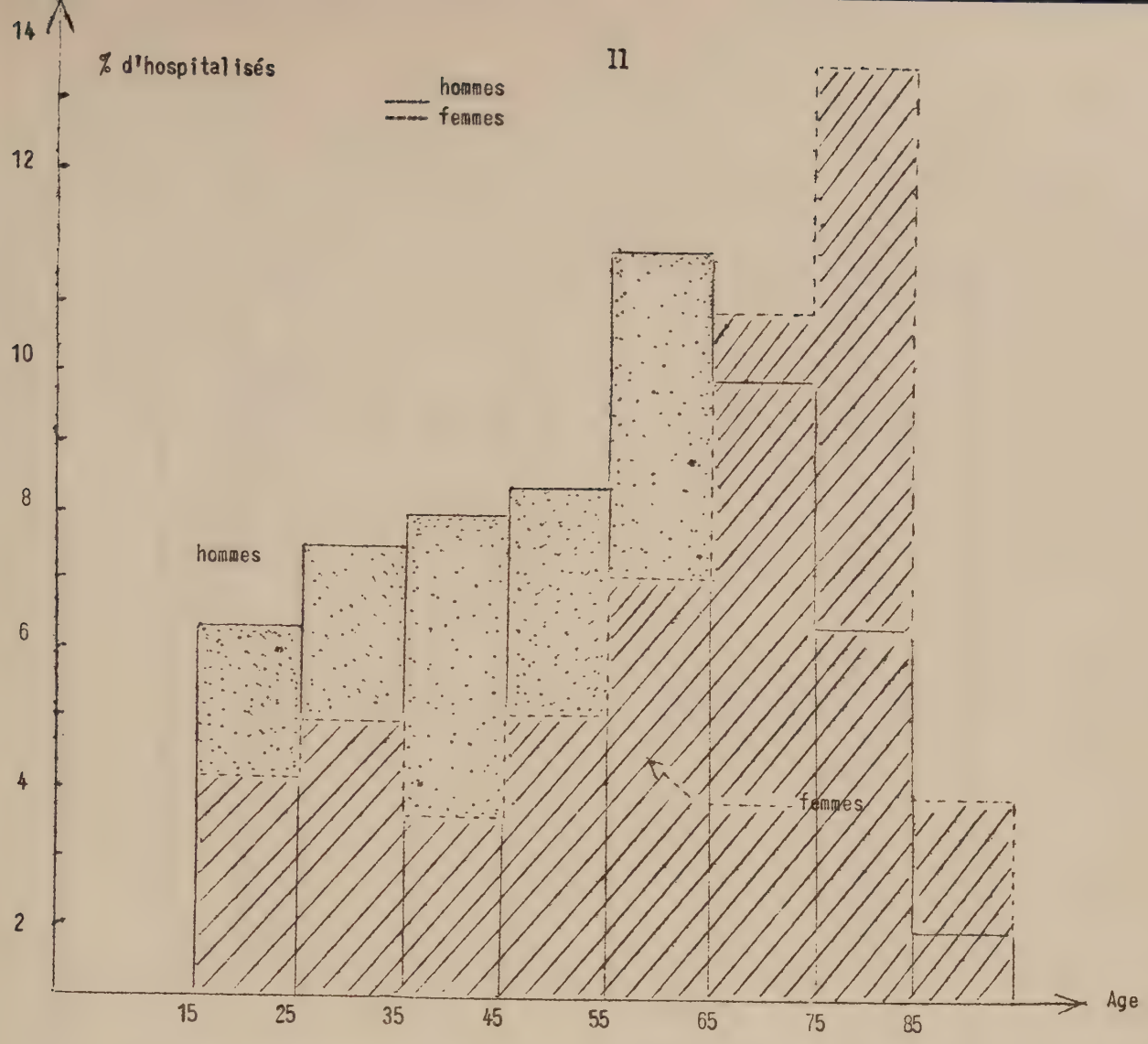
Ages	Hommes		Femmes		Total	
	Nombre	°/₀	Nombre	°/₀	Nombre	°/₀
de I6 à 25 ans	27	I0,I	I6	6,8	43	8,6
25 à 35	33	12,3	20	8,5	53	I0,6
36 à 45	36	I3,5	I3	5,5	49	9,8
46 à 55	38	I4,4	2I	9,I	59	II,8
56 à 65	55	20,7	3I	I3,2	86	I7,2
66 à 75	45	I6,9	5I	2I,8	96	I9,2
76 à 85	27	I0,I	68	29,I	95	I9,0
au delà de 85	5	I,8	I4	6,0	I9	3,8
TOTAL	266	I00	234	I00	500	I00

REPARTITION DES HOSPITALISES SUIVANT L'AGE (schéma 2)



REPARTITION DES HOSPITALISES SUIVANT L'AGE ET SEXE - NOMBRE DE DOSSIERS (schéma 3)





(SCHEMA 4) COMPARAISON DE L'AGE DES HOSPITALISES SUIVANT LE SEXE

	Hommes		Femmes	
	Hospitalisation Cochin	Consultation Broussais	Hospitalisation Cochin	Consultation Broussais
moins de 55 ans	50,0	63,6	30,0	53,2
56 à 75 ans	37,6	30,9	34,8	34,0
Plus de 75 ans	12,4	5,5	35,2	12,8

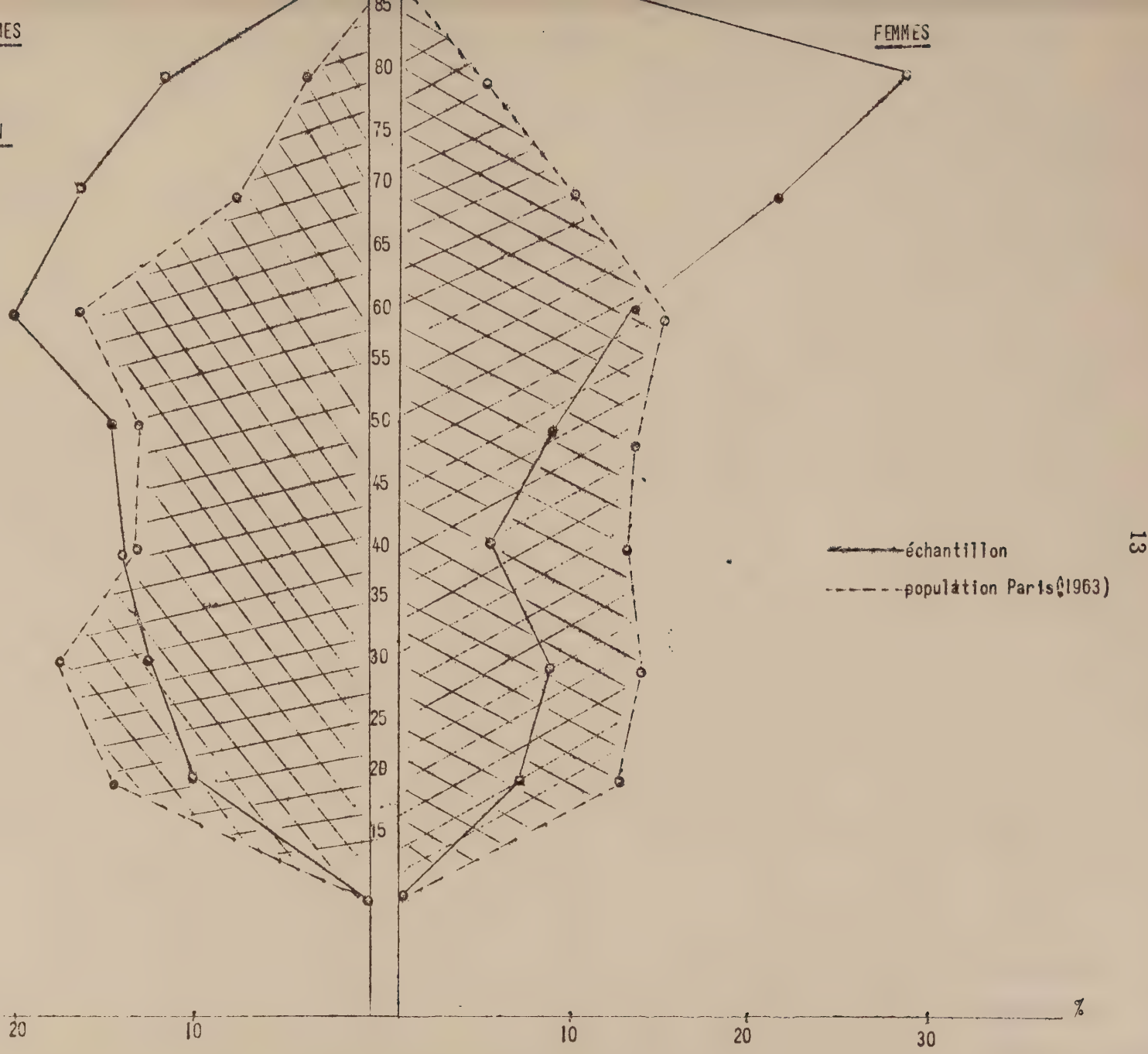
(schéma 5)

(schéma 6) REPARTITION PAR DECADES D'AGES ET PAR SEXE POUR IOO malades

AGES	COCHIN		BROUSSAIS	
	°/₀ hommes	°/₀ femmes	°/₀ hommes	°/₀ femmès
de I6 à 25	IO,I	6,8	I3,0	I3,9
26 à 35	I2,3	8,5	I9	I2,6
36 à 45	I3,5	5,5	I5,3	I2,5
46 à 55	I4,4	9,I	I6,3	I3,3
56 à 65	20,7	I3,2	I9,5	I6,6
66 à 75	I6,9	2I,8	II,3	I7,0
76 à 85	IO,I	29,I	4,5	IO,3
au delà de 85	I,8	6,0	0,7	2
TOTAL	IOO	IOO	97,6	98,2

COMPARAISON AVEC LA POPULATION DE PARIS (1963)

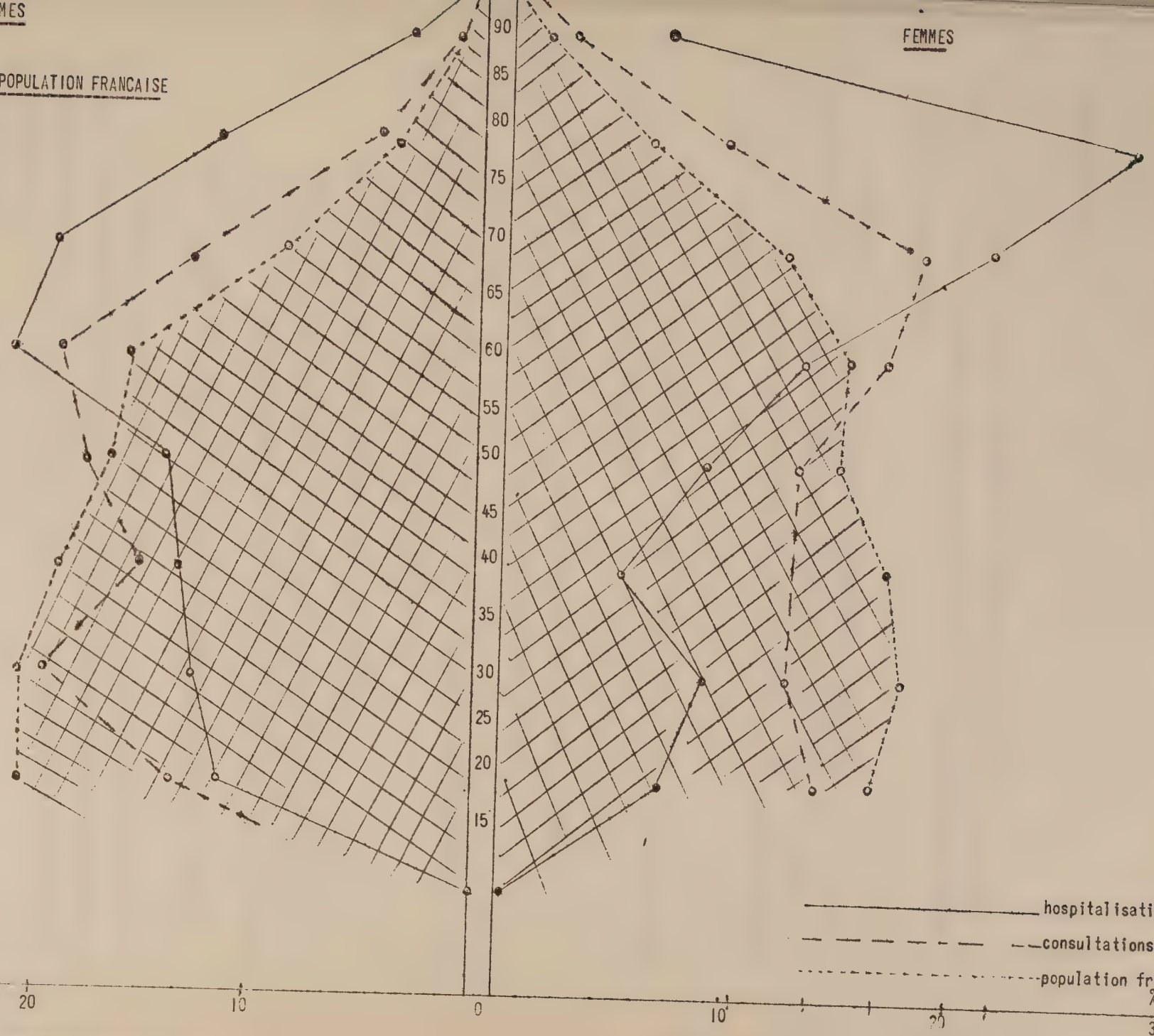
(schéma 8)



HOMMES

FEMMES

COMPARAISON AVEC LA POPULATION FRANCAISE
(schéma 8)



Durée de séjour :

C'est pour fournir un matériel d'enquête complet que nous avons étudié les durées de séjour puisqu'elles s'exprimeront solitairement sans comparaison possible.

Nous avons réparti les durées de séjour en groupe d'une semaine, séparant hommes et femmes (schéma 9), Nous constatons que les plus fortes durées se trouvent entre 1 semaine et 3 semaines, que ce soient des hommes ou des femmes.

De plus, la répartition est très semblable, entre les deux sexes, sur tout le tableau jusque vers 2 mois.

De deux à trois mois, et plus, nous retrouvons beaucoup plus de femmes que d'hommes, compte-tenu du petit nombre général.

Les deux tableaux suivants rendent plus finement les différences, en particulier pour les hospitalisations de longue durée.

Nous pouvons de plus constater que par exemple :

- sur I00 malades hommes, il n'en restera que 50 au bout de I4 jours,
- sur I00 malades femmes, il n'en restera que 50 au bout de I5 jours.

C'est après que les répartitions diffèrent d'une manière parallèle.

Evidemment, pour nos calculs, nous avons tenu compte des durées de séjour indéterminées, (les malades étant toujours présents dans le service). Aussi notre statistique ne porte-t-elle que sur 44I dossiers dont 235 hommes et 206 femmes.

Comme nous l'avons signalé dans notre introduction, les réhospitalisations successives ont été laissées de côté, en raison de leur petit nombre qui n'offrait pas d'exploitation significative.

Nous avons pour les 3 mois considérés, I9 réhospitalisations, soit 11 hommes et 8 femmes.

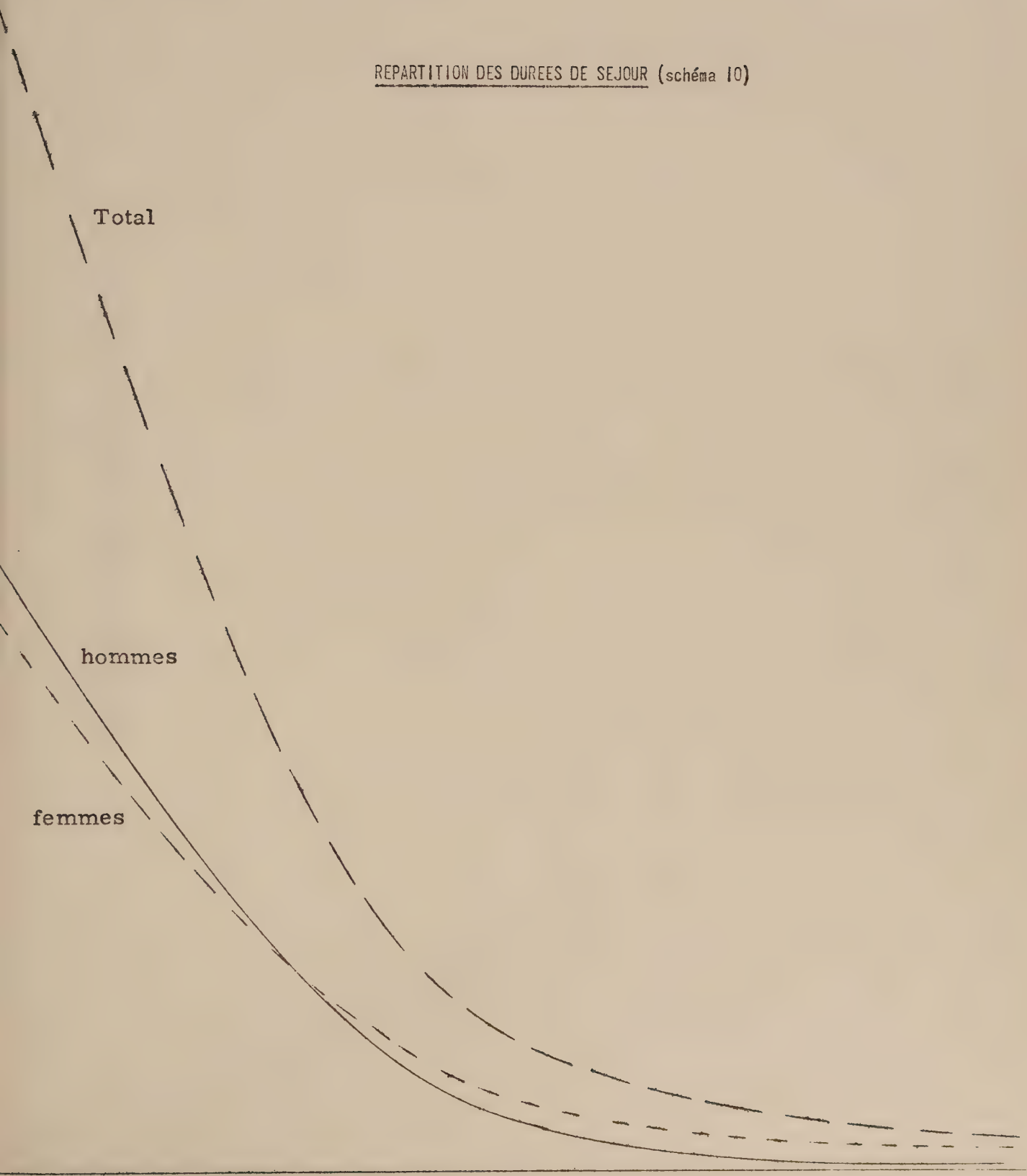
Signalons cependant que I9 rehospitalisations pour 500 admissions, cela représente 4 % du total,chiffre assez élevé.

Durée de séjour

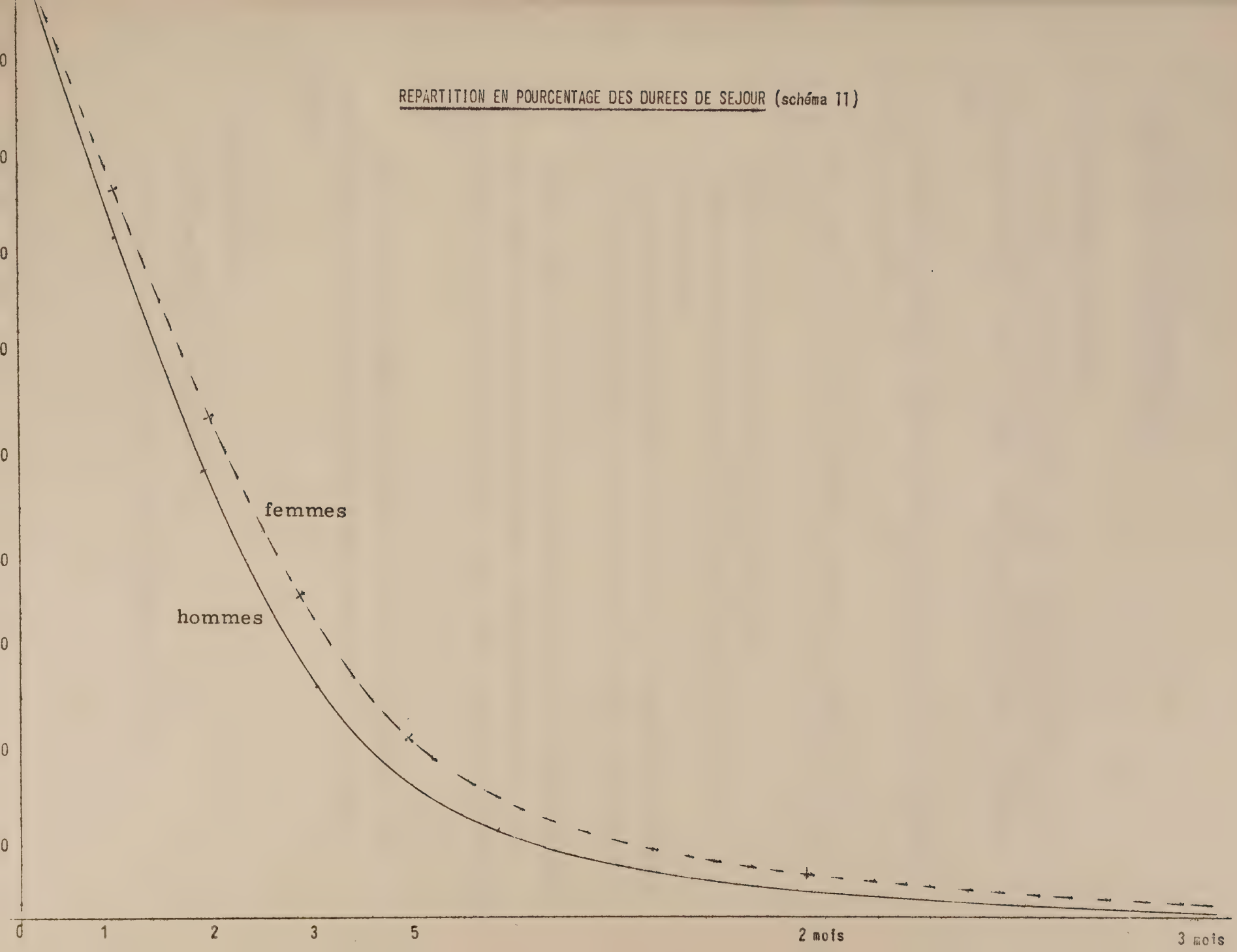
Durée de séjour	Hommes	Femmes	Total
1 jour	14	9	23
2 à 7 jours	59	44	I03
8 à I4 jours	54	52	I06
I5 à 2I jours	48	33	8I
22 jours à 1 mois	27	30	57
1 à 2 mois	29	27	56
2 à 3 mois	3	8	11
plus de 3 mois	1	3	4
En cours ou indéterminés			6I

REPARTITION DES DUREES DE SEJOUR (schéma 9)

REPARTITION DES DUREES DE SEJOUR (schéma 10)



REPARTITION EN POURCENTAGE DES DUREES DE SEJOUR (schéma 11)



II - RESULTATS ADMINISTRATIFS

a - Circonstance d'admission :

En comptant les réhospitalisations (qui interviennent, bien que modestement) dans le mode d'entrée, nous avons 5I8 circonstances d'admission.

Il nous faut en ôter 41 qui sont indéterminées du fait que les dossiers n'en font pas mention.

Nous avons réparti les résultats selon plusieurs rubriques et nous constatons que :

- l'entrée directe totalise 54,5 % des admissions
- l'hospitalisation par le médecin traitant vient directement après avec 32,5 %
- que les malades transférés ou adressés par un spécialiste sont peu nombreux, de même que ceux recrutés par la consultation de porte.

C'est ce que nous voyons sur le schéma suivant (n° 12). Nous insistons donc , sur l'importance du service d'urgence, presque la moitié des hospitalisés y arrivant dans un premier temps, avant d'être répartie dans le service même.

Nous n'avons pas étudié la répartition selon la date d'entrée, étant donné la période brève que nous avions choisie (hiver 66 - 67 = 3 mois - I0 jours).

b - Mode de sortie :

Sur I00 malades, nous constatons :

- 60 retours à domicile avec ou sans reprise du travail,

- 26 prolongations de séjour :

  . 9 transferts
  . 7 placements
  . 5 convalescences
  . 5 sorties sur leurs demandes.

- 13 décès

Le retour à domicile est donc la solution la plus fréquente. Nous pourrions comparer avec des résultats donnés par le Docteur MAGDELAINE, à l'Hôtel-Dieu en 1954-55. Ces chiffres proviennent de la thèse M. MAGDELAINE (référence en bibliographie).

On note alors :

- 67 retours à domicile
- 21 prolongations de séjour
- 12 décès

La parenté est donc évidente.

MODE D'ENTREE (schéma I2)

Mode d'entrée	Hommes		Femmes		Total	
	Nombre	°/o	Nombre	°/o	Npmbre	°/o
Service d'urgence	136	53,5	94	42,I	230	48,3
Consultation de porte	I6	6,3	I4	6,3	30	6,2
Total d'entrées directes	I52	59,8	I08	48,4	260	54,5
Médecin traitant	72	28,3	83	37,I	I55	32,5
Transfert	2I	8,3	23	I0,4	44	9,2
Spécialiste	9	3,6	9	4,I	I8	3,8
Total	254	I00	223	I00	477	I00
Indéterminés	22	8	I9	7,8	4I	7,9
Total général	276	I00	242	I00	5I8	I00

REPARTITION SUIVANT LE MODE DE SORTIE (schéma I3)

Mode de sortie	Hommes		Femmes		Total	
	Nombre	°/₀	Nombre	°/₀	Nombre	°/₀
Domicile	I50	68,0	I00	50,5	250	60,0
Sur la demande du malade	9	4,6	I2	6,0	2I	5,0
Convalescence	2	0,9	20	I0,I	22	5,I
total partiel	I6I	73,5	I32	66,6	293	70,I
Placement	I3	5,9	I8	9,I	3I	7,4
Transfert	23	I0,3	I6	8,I	39	9,4
Décédé	23	I0,3	32	I6,2	55	I3,I
Total	220	I00	I98	I00	4I8	I00
Indéterminé ou en cours	56	20,3	44	I8,I	I00	I9,3
Total général	276	I00	242	I00	5I8	I00

III - RESULTATS SOCIOLOGIQUES

a - Résidence principale :

L'échantillon est pratiquement intact. Sur 500 dossiers, nous n'en avons que I8 qui ont été classés dans la rubrique "divers ou indéterminés". Aussi, pouvons-nous répartir les domiciles et constater que :

- 64,2 % des malades habitent à Paris dont 42,8 % dans le I3e et le 5e arrondissement.
- 23,8 % habitent en ban lieue, en général : Montrouge, Clamart, Malakoff - Arcueil - Chatillon-sous-Bagneux - Boulogne-Billancourt.
- la proportion de malades sans domicile est assez intéressante 4,8 %

Le Docteur MAGDELAINE à l'Hôtel-Dieu en I954, avait relevé les chiffres suivants :

- 89 malades habitant Paris
- 9 malades habitant la Seine ou Seine et Oise et Seine et Marne
- 2 malades venant de Province ou d'Outre-Mer.

Dans l'ensemble, on peut dire que son échantillon comprend plus de parisiens encore que le nôtre. Est-ce la position géographique plus centrale de l'Hôpital ?

b - Origine géographique :

Signalons les 44 cas où nous n'avons pas eu d'indications sur l'origine géographique.

L'analyse des 456 restant montre une forte proportion de métropolitain : 82 %

Nous avons inscrit parmi ceux-ci, à la fois les parisiens et les provinciaux. Sans chiffres à l'appui, nous pouvons signaler néanmoins la fréquence relative des parisiens de souche.

Parmi les provinciaux, nous avons relevé l'existence de nombreux bretons et aussi, particulièrement de malades originaires du Pas-de-Calais (I0 %).

Les européens non français sont assez nombreux : 29 soit 6,2 %. Ce sont le plus souvent des espagnols, des italiens, quelques belges.

A titre indicatif, nous signalons deux chiffres puisés dans la thèse de M. MAGDELAINE, concernant l'Hôtel-Dieu :

- 84 % métropolitains)
- 5,2 % étrangers) (I954 - I955)

En province, grâce à la thèse de M. CHRISTINE LEHARLE (réf. en bibliographie), nous avons trouvé pour I959 :

- 94,4 % de métropolitains à l'hôpital Luxeuil
- 92,6 % " à l'hôpital Lure

Nous pouvons conclure qu'à I0 ans d'intervalle, les chiffres sont semblables à Paris (par contre, le plus fort pourcentage des métropolitains reste le privilège de la province).

c - Profession

Là encore, nous avons des indéterminés (66), en plus grand nombre, il faut le reconnaître. Faut-il en conclure que, surtout en ce qui concerne les personnes âgées, les externes ne peuvent se résoudre à signaler la profession ?

Malgré tout, l'échantillon peut être considéré.

Nous avons distingué :

D'une part, les travailleurs dont nous avons réparti les cas en quelques rubriques, à vrai dire, très simplifiée, pour ne pas dire simplistes.

D'autre part, les "retraités", recrutés chez les personnes âgées et les "sans profession" surtout chez les femmes.

Les travailleurs composent 62,8 % de l'ensemble : dont

- 72,6 % d'hommes
- 51,6 % de femmes

Par ailleurs, remarquons 32 % de femmes sans profession, et 20 % de retraités-hommes contre 7 % de femmes.

Ici, nous avons pu comparer avec l'échantillon de consultation.

Remarquons que la proportion des indéterminés est assez importante et risque d'intervenir dans les constatations surtout chez les femmes, où elle s'élève à 43 %. Nous pouvons peut être signaler :

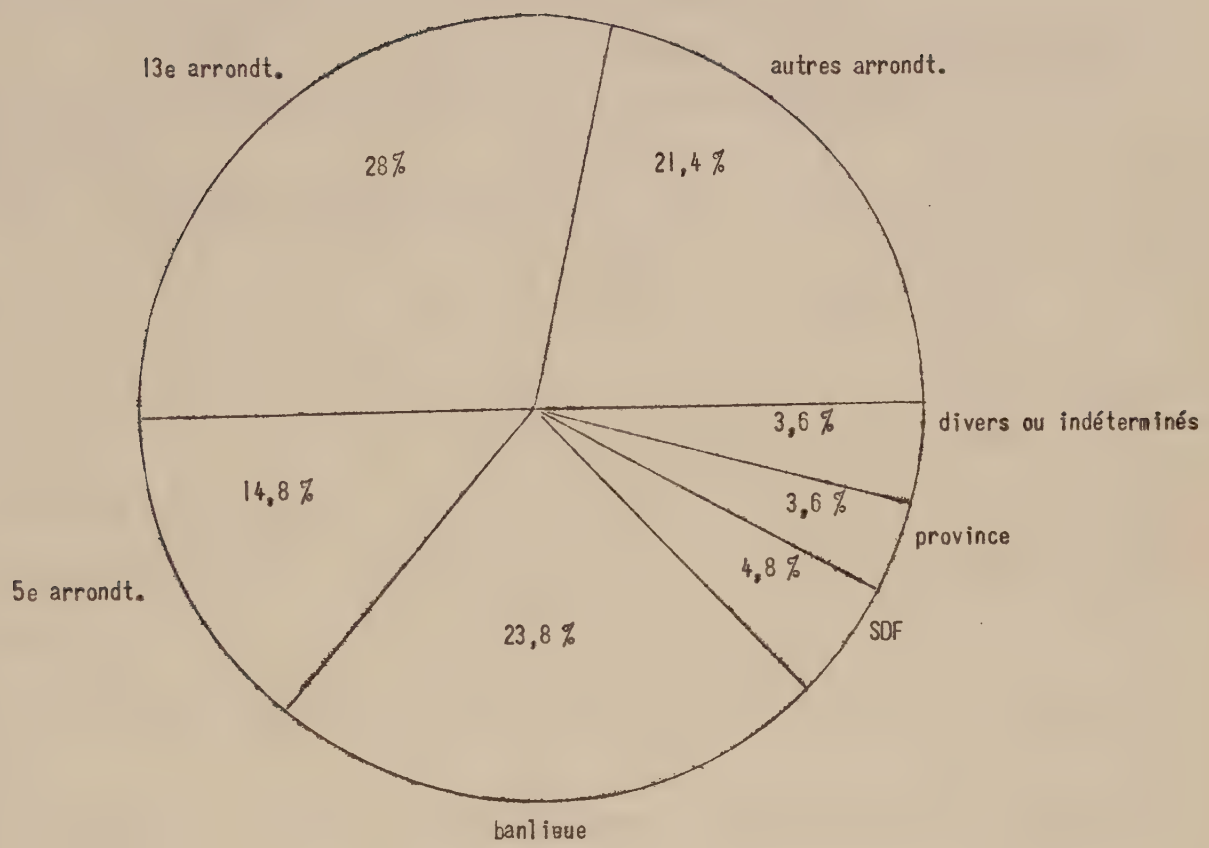
- la stabilité des deux échantillons. Les chiffres sont assez semblables, 72,6 % de travailleurs hommes à Cochin, contre 62 % à Broussais.

- mais moins de "manuels" femmes en consultations que parmi les hospitalisations.

Le personnel de l'assistance publique est représenté d'une manière très stable, les deux fois, De même les retraités.

Par contre, les "sans profession" sont assez divergents, même chez les hommes.

RESIDENCE (schéma 14)



Origine (schéma I5)

	Origine	Nombre	Pourcentage
Origine connue	Métropolitains	373	82,2
	dont : Bretagne, Nord, Pas de Calais	(46)	(I0,0)
	Nord Africains	39	8,4
	dont : souche européenne	(6)	(I,3)
	Africains	2	0,4
	Territoires d'Outre-Mer	7	I,5
	Européens non français	29	6,2
	Divers	6	I,3
	Total	456	I00
ensemble	Origine connue	456	9I,2
	Origine inconnue	44	8,8
	Total	500	I00

REPARTITION SUIVANT LES PROFESSIONS (SCHEMA I6)

	Professions	Hommes		Femmes		Total	
		nombre	°/₀	Nombre	°/₀	Nombre	°/₀
Travailleurs seuls	Intellectuels	I4	7,2	3	2,6	I7	5,4
	Manuels	I02	53,0	5I	42,2	I53	48,8
	Employés	33	I7,0	34	28,3	67	21,3
	Assistance publique	6	3,I	I2	I0,I	I8	5,8
	Divers	38	I9,7	2I	I6,8	59	I8,7
	Total	I93	I00,0	I2I	I00,0	3I4	I00,0
Ensemble	Trávailleurs	I93	72,6	I2I	5I,6	3I4	62,8
	Retraités	20	7,5	7	3,0	27	5,4
	Sans profession	I8	6,8	75	32,I	93	I8,6
	Profession indéterminée	35	I3,I	3I	I3,3	66	I3,2
	Total	266	I00,0	234	I00,0	500	I00,0

COMPARAISON DES CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES ENTRE HOSPITALISES ET CONSULTANTS (Schéma 16 bis)

	Professions	COCHIN = Hosp.		BROUSSAIS = Cons.	
		Hommes °/₀	Femmes °/₀	Hommes °/₀	Femmes °/₀
Travailleurs seuls	Intellectuels	7,2	2,6	5,5	4
	Manuels	53,0	42,2	52,3	26,7
	Employés	I7,0	28,3	-	-
	Personnel A.P.	3,I	I0,I	4,2	8,7
	Divers	I9,7	I6,8	-	-
Ensemble	Travailleurs	72,6	5I,6	62	39,4
	Retraités	7,5	3,0	6,5	2,8
	Sans profession	6,8	32,I	2,I	I3,8
	Indéterminé	I3,I	I3,3	27	43

CHAPITRE II

I - MORBIDITE HOSPITALIERE

Après avoir cerné d'aussi près que possible, les caractéristiques générales des hospitalisations, nous allons essayer de définir la pathologie rencontrée afin de la comparer avec celle de la consultation de Broussais.

Dans un premier temps, nous avons établi deux tableaux en utilisant les rubriques utilisées par le docteur GIRERD, en consultation.

Dans l'un, nous avons coché chaque diagnostic, ainsi que nous l'avons relevé sur notre fiche. Nous avons eu de 1 à 4 ou même 6 diagnostics. Tous ont été reportés, sauf pour les 11 dossiers déjà signalés que nous n'avons pas pu répertorier.

Sur l'autre tableau, nous n'avons inscrit que le motif principal d'hospitalisation (ou les motifs lorsqu'ils s'imposaient vraiment).

La sélection du motif principal d'hospitalisation laisse de côté les antécédents sans rapport direct avec les hospitalisations et des affections diverses qui nivellent les résultats.

II - LES RESULTATS OBSERVES

Sur l'ensemble des diagnostics.

Nous avons enregistré 1003 diagnostics de tous ordres pour près de 500 fiches donc une "moyenne" de 2 diagnostics par malade.

Nous les avons classés suivant huit rubriques qui comptabilisent à elles seules 83,8 % des affections rencontrées :

Ce sont les affections cardio-vasculaires, gastro-entérologiques, la pneumologie, la neurologie et la psychiatrie, les maladies de la nutrition (carences, obésités, diabètes), la rhumatologie, tuberculose et cancer.

Toutes les autres affections ont été regroupées dans les "divers", sauf l'alcoolisme qui méritait d'être séparé, étant donné sa relative fréquence.

En considérant le tableau (20) nous pouvons déjà constater que les pathologies digestive et hépato-biliaire représentent 13,9 % des diagnostics, contre 14,8 % aux affections cardio-vasculaires.

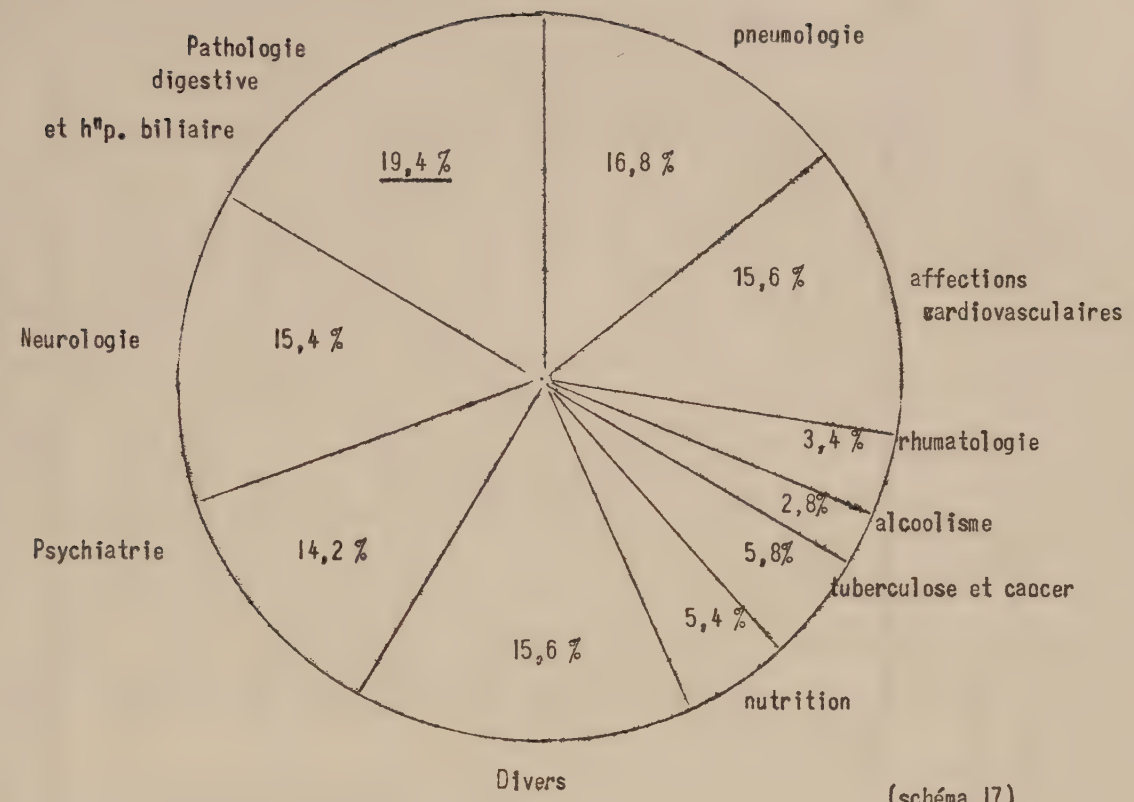
Elles viennent donc immédiatement en seconde position. Plus loin, autour de 10 %, viennent trois types d'affections : respiratoires, neurologiques et psychiatriques.

Tel quel, malgré sa relativité, ce tableau met en avant les deux grandes catégories morbides, parmi lesquelles la pathologie gastro-entérologique a une place de choix.

Selon le motif principal d'hospitalisation :

Sans revenir sur la composition du tableau, nous nous bornerons à faire les remarques suivantes :

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



(schéma 17)

TOUS DIAGNOSTICS

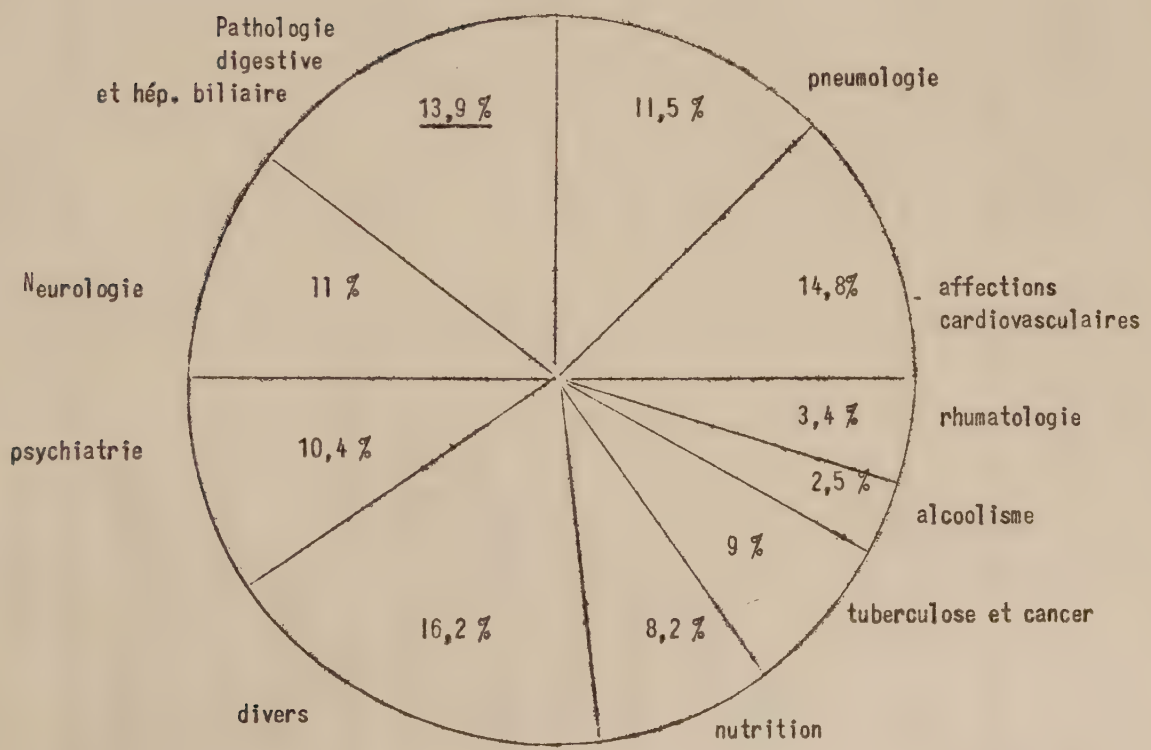


schéma (18)

MORBIDITE QUR L"ENSEMBLE DES DIAGNOSTIC (schéma I9)

Affections	Hommes (nombre)	Femmes (nombre)	total			consultation Broussais
			Nombre	°/. I003	°/. 500	°/.
Pathologie digestive foie, V. biliaires	72	67	I39	27,9	I3,9	I8
Affections vasculaires	79	69	I48	29,6	I4,8	22,3
Pneumologie	65	50	II5	23	II,5	4,I
Neurologie (+ épilepsie)	54	56	II0	22	II	3,9
Psychiatrie (+ suicide)	47	57	I04	20,8	I0,4	9,8
Nutrition (cachexie, obésité, diabète)	39	43	82	I6,4	8,2	22,2
Tuberculose et cancer	53	37	90	I8	9	5,3
Rhumatologie	I8	I6	34	6,8	3,4	I0
Alcoolisme	22	3	25	5	2,5	-
Divers	70	92	I62	32,4	I6,2	I2,2
Total			I.003 Dg			

Les pourcentages : le Ier est calculé pour les I003 diagnostics

le 2e " tous les diagnostic ramenés à 500, afin d'avoir une comparaison valable avec la consultation.

- Dans le choix du motif d'hospitalisation, peut intervenir un facteur d'ordre subjectif, modifiant les résultats. Il n'est pas toujours facile de choisir et la précision peut faire défaut. Mais comme ce facteur influencera tous les choix, et pas seulement en gastro-entérologie, nous espérons que les résultats en seront très peu modifiés. Comme signalé auparavant, nous avons quelques doubles et triples diagnostics : ils sont au nombre de 37 pour les hommes et de 4I pour les femmes.

- La pathologie digestive et hépato-biliaire prend la première place légèrement détachée, I9,4 % des malades sont hospitalisés pour une affection relevant de la gastro-entérologie et principalement pour cette affection.

- Viennent immédiatement après les affections cardio-vasculaires, la neurologie, la pneumologie et la psychiatrie avec respectivement I5,6 %, I5,4 %, I6,8 % et I4,2 %.

- Parmi ces résultats les I6,8 % de pneumologie nous ont particulièrement intéressé. Une explication de ce pourcentage est possible. Rappelons le cadre de notre enquête : nous l'avons réalisée en plein hiver, du I4 novembre au 24 février 67. Beaucoup de dossiers portaient le diagnostic de "pneumopathie aiguë" ou de "bronchopathie aiguë" sur insuffisance respiratoire chronique. L'incidence saisonnière et la "décompensation" qu'elle entraîne chez les insuffisants respiratoires seraient une notion à vérifier plus précisément.

Commentaires d'ensemble.

Une présentation différente des résultats sur les schémas (I7) et (I8) permet de se représenter rapidement les principales conclusions.

Comparons maintenant avec les résultats de l'enquête de consultation . Nous n'examinerons que les pourcentages pour simplifier les remarques.

DIAGNOSTIC PRINCIPAL (schéma 20)

Affections	Hommes		Femmes		Ensemble		Consultation Broussais °/°
	Nombre	°/°	Nombre	°/°	Nombre	°/°	
Pathologie digestive : foie et voies biliaires	5I	I9,4	46	I9,8	97	I9,4	I8,0
Affections cardio-vasculaires	43	I6,3	35	I5,0	78	I5,6	22,3
Pneumologie	47	I7,9	37	I5,9	84	I6,8	4,I
Neurologie	42	I6,0	35	I5,0	77	I5,4	3,9
Psychiatrie (+ suicide)	30	II,4	4I	I7,7	7I	I4,2	9,8
Nutrition (cachexie, obésité, diabète)	9	3,4	I8	7,7	27	5,4	22,2
Tuberculose et cancer	I9	7,2	I0	4,3	29	5,8	5,3
Rhumatologie	9	3,4	8	3,4	I7	3,4	I0,0
Alcoolisme	I3	5,0	I	0,4	I4	2,8	-
Divers	39	I4,8	39	I6,8	78	I5,6	I2,2

Remarques : double diagnostic : 29 hommes 35 femmes
triple " 3 " 2 "

- A part Pathologie digestive, Psychiatrie et tuberculose-cancer, toutes les rubriques sont bouleversées.

. 22,3 % d'affections cardio-vasculaires au lieu de I5,6 % . Nous pensons que l'explication tient à la nature même de l'hôpital Broussais: ce centre hospitalier a une forte clientèle cardiologique et un certain nombre de malades a reflué vers la consultation de médecine générale.

. 4,I % de pneumologie au lieu de 15,6 % : là, deux facteurs ont joué : la répartition de l'échantillon de consultation sur toute l'année.

Puis, le fait que peu d'affections aiguës viennent en consultation, elles sont en général hospitalisées.

. De même pour la neurologie : 3,9 % au lieu de I5,4 %.
L'hospitalisation draine un eertain nombre d'affections neurologiques terminales (comas, hémiplégies) et un chapitre "épilepsie" assez fourni à Cochin, qui ne se trouvent pas en général en consultation.

. La nutrition : 22 %. Il faut retenir d'abord que tous les obèses avaient été pesés et mesurés à Broussais. A Cochin, le rôdage du service n'a pas permis encore cette recherche systématique.
Ensuite, cette rubrique de la nutrition est particulièrement compatible avec une consultation de porte.
Enfin, le nombre de malades dont l'hospitalisation était absolument nécessaire, a contraint le personnel à refuser l'admission de beaucoup de malades de nutrition dont l'état était moins urgent.

- A titre indicatif, nous indiquons les pourcentages relevés par M. CHRISTINE LEHARLE , dans sa thèse sur les hôpitaux régionaux.

A Lure, Luxeuil et Belfort, la pathologie digestive arrive en tête avec :

A Luxeuil, I6,7 % diagnostics de médecine générale
A Lure, 13,1 % "
A Belfort, 15,1 % "

POURCENTAGE COMPARATIF AVEC CONSULTATION (schéma 2I)

Affections	Hospitalisations COCHIN		Consultations BROUSSAIS
	°/₀ toutes affections	°/₀ diagnostic hospitalisation	°/₀ toutes affections
Pathologie digestive, foie v. biliaires	I3,9	I9,4	I8
Affections cardio-vasculaires	I4,8	I5,6	22,3
Pneumologie	II,5	I6,8	4,I
Neurologie (+ épilepsie)	II,0	I5,4	3,9
Psychiatrie (+ suicide)	I0,4	I4,2	9,8
Nutrition (cachexie, obésité, diabète)	8,2	5,4	22,2
Tuberculose et cancer	9,0	5,8	5,3
Rhumatologie	3,4	3,4	I0,0
Alcoolisme	2,5	2,8	-
Divers	I6,2	I5,6	I2,2

Il faut tenir compte du fait qu'en médecine générale avaient été classés dans la rubrique appareil génito-urinaire, les accouchements de maternité, relevant bien sûr de cet appareil.

Leur forte proportion fait donc diminuer les pourcentages d'ensemble.

Conclusions :

Nous devons remarquer l'importance et la stabilité de la pathologie digestive et hépato-biliaire en médecine générale.

Voyons par une étude plus approfondie des dossiers comment se présentent ces affections et si dans la répartition des diagnostics, nous retrouvons cette concordanse, avec la consultation de Broussais.

oOo

CHAPITRE III

I - RESULTATS GENERAUX - AGE ET SEXE

Sur 500 malades hospitalisés, nous en avons trouvé 146 pour lesquels l'intervention d'un gastro-entérologue ou de l'équipement associé, était nécessaire. Cette intervention peut être expliquée par l'interprétation des radiodiagnostics d'un cancer de l'estomac en évolution ou par une réctoscopie pour "rectorragies" chez un Nord-Africain.

Ce peut être aussi une laparoscopie (couramment pratiquée dans le service) pour une hépatomégalie isolée ou un examen clinique pour un syndrome douloureux abdominal dont l'étiologie est incertaine.

Les antécédents digestifs ou hépato-biliaires peuvent paraître sans incidence directe sur l'hospitalisation. Toutefois, des antécédents peuvent avoir un rôle important sur l'évolution de l'hospitalisation. Par exemple :

Il s'agit d'un malade soigné antérieurement pour une affection rhumatismale, et dont le traitement provoquait des crises ulcéreuses avec image radiologique.

Venu se faire hospitaliser de nouveau pour ce rhumatisme évolutif, il était nécessaire de tenir compte des antécédents pour établir une thérapeutique sans risques. Après avoir expliqué ainsi le nombre de malades, étudions la répartition par âge et par sexe.

Composition par âge et sexe .

Sur I46 malades nous avons 83 hommes et 63 femmes. Nous retrouvons la proportion de l'échantillon.

Mais de plus près, il faut signaler quelques différences.

En pathologie digestive : nous avons 64 hommes pour 39 femmes.

En pathologie hépato-biliaire : nous avons 23 hommes pour 26 femmes.

Nous voyons nettement le renversement des proportions. Nous y reviendrons lorsque nous étudierons la morbidité.

La répartition par âge .

Nous faisons la constatation suivante : alors que les hommes sont plus fréquemment hospitalisés entre 55 et 65 ans, les femmes le sont entre 75 et 85 ans.

Les deux graphiques montrent d'une façon différente (mais la conclusion en est identique) :

- les hospitalisations hommes, précèdent à tout âge les hospitalisations femmes.

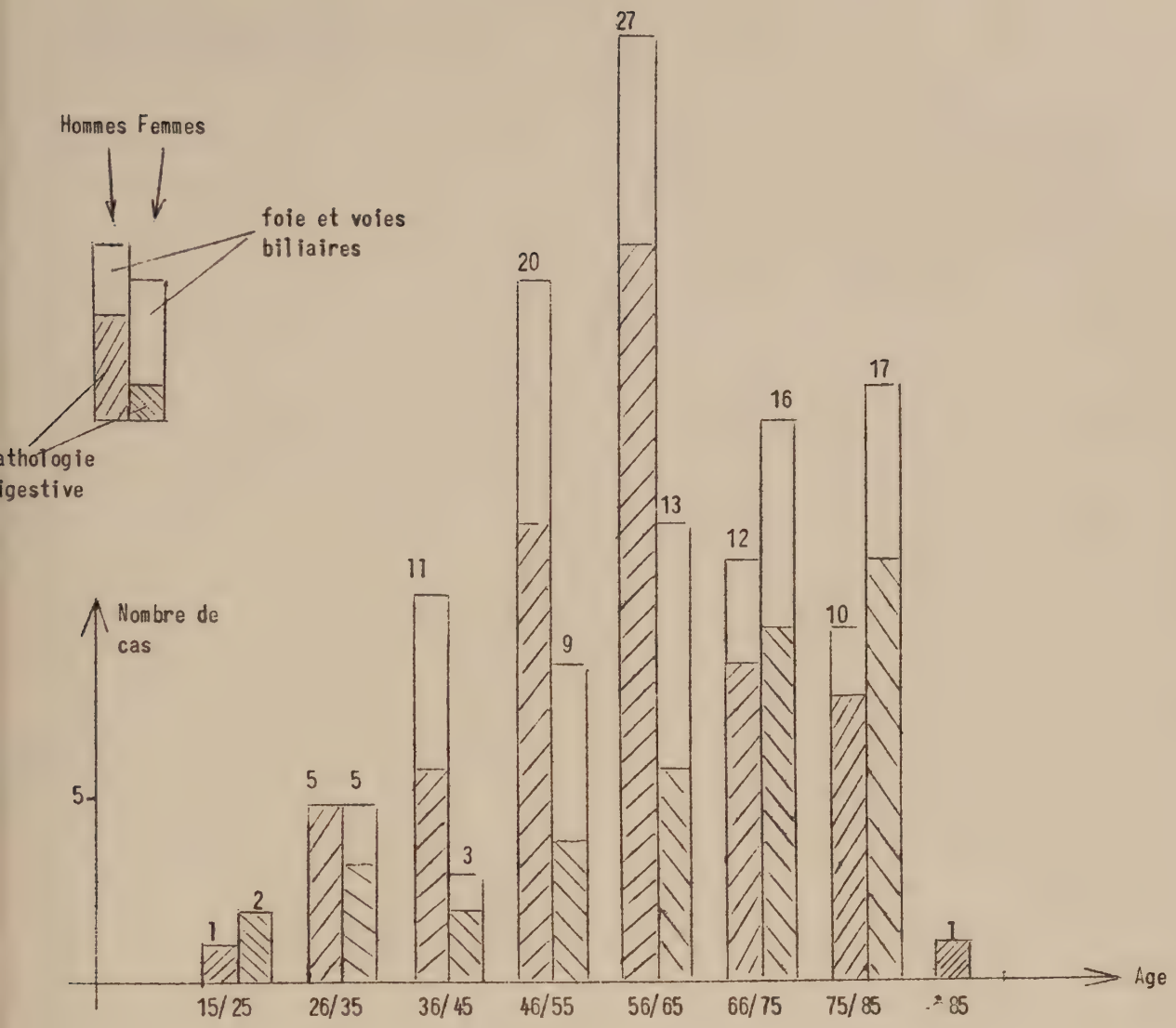
Comparons avec la pyramide des âges de la population et l'échantillon général des hospitalisés :

Nous voyons que les hospitalisations en gastro-entérologie, sont comme une exagération de la courbe générale.

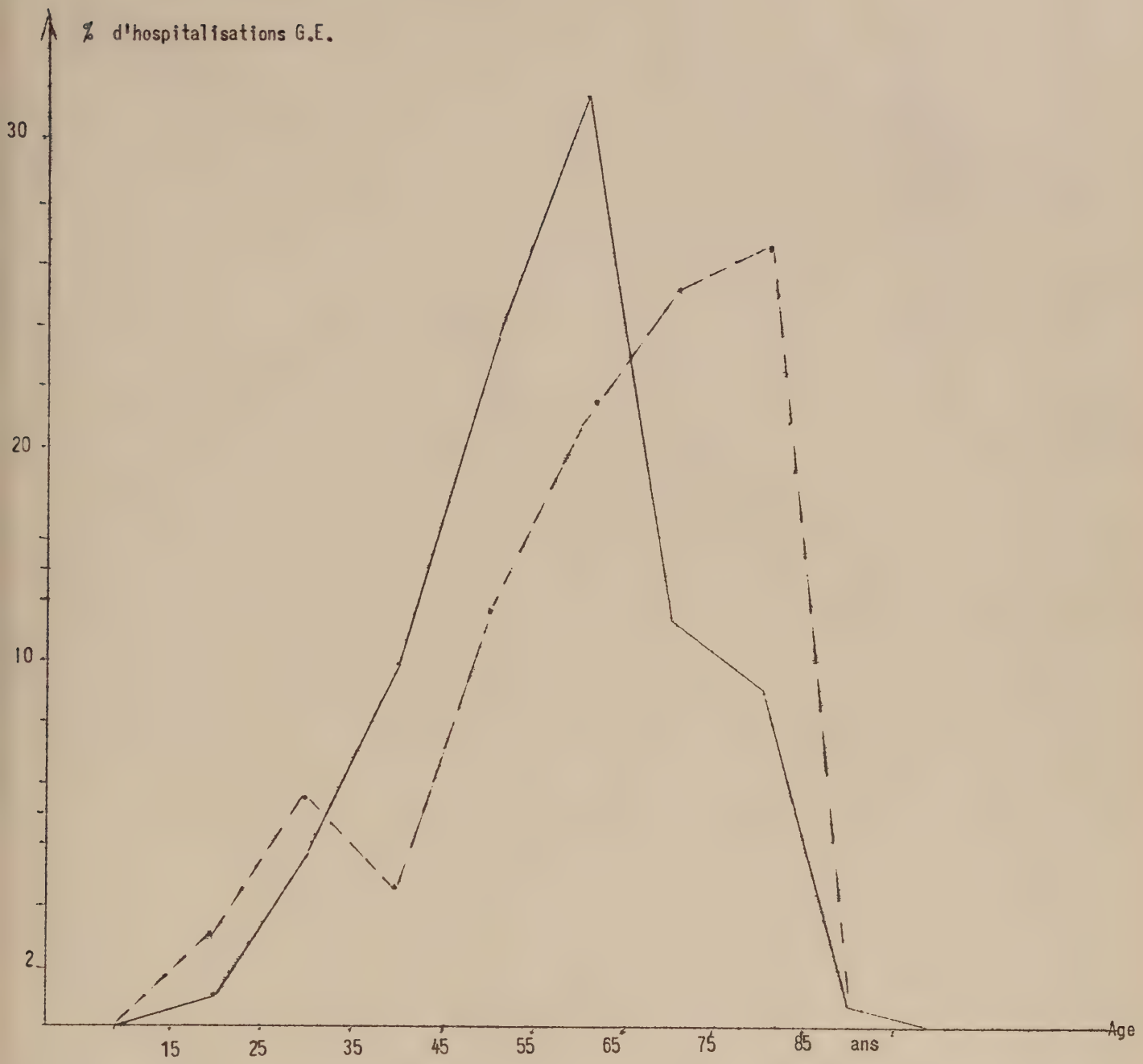
Par rapport à la courbe de population, la différence est très nette surtout chez les hommes.

REPARTITION PAR AGE ET PAR SEXE - G. ENTEROLOGIE (schéma 22)

Ages	Hommes		Femmes		Total	
	Pathologie digestive	Foie et v. biliaires	Pathologie digestive	Foie et v. biliaires	Pathologie digestive	Foie et v. biliaires
de I5 à 25 ans	1	0	2	0	3	0
26 à 35	5	0	3	2	8	2
36 à 45	6	5	2	I	8	6
46 à 55	I3	7	4	5	I7	I2
56 à 65	2I	6	6	7	27	I3
66 à 75	9	3	I0	6	I9	9
76 à 85	8	2	I2	5	20	7
au delà de 85	I	0	0	0	I	0
Total	64	23	39	26	I03	49
Associations	4		2		6	
Malades effectifs	83		63		I46	



REPARTITION DES AFFECTIONS SUIVANT LE SEXE ET L'AGE (schéma 23)

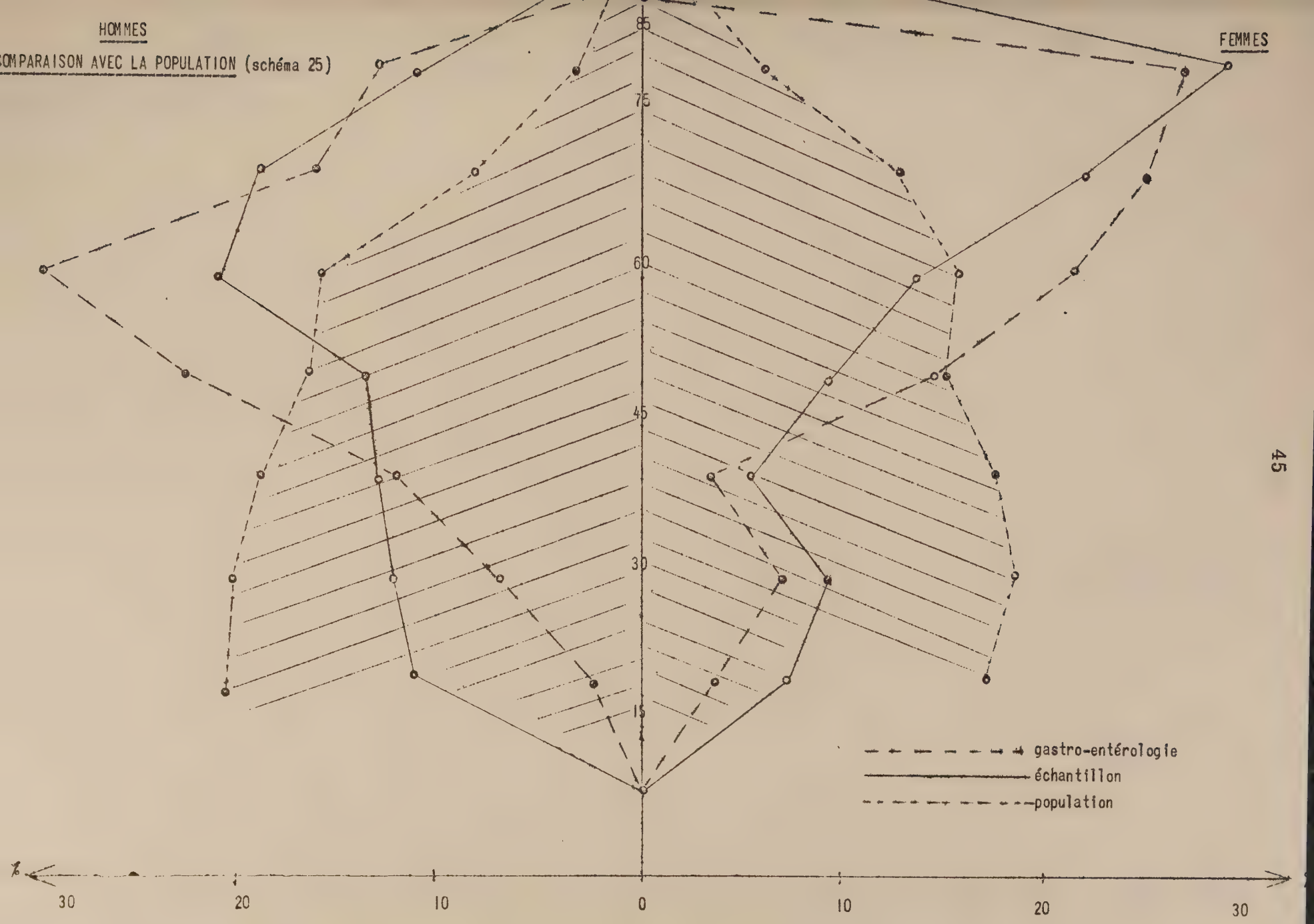


POURCENTAGE DES HOSPITALISES SUIVANT L'AGE EN GASTRO-ENTEROLOGIE (schéma 24)

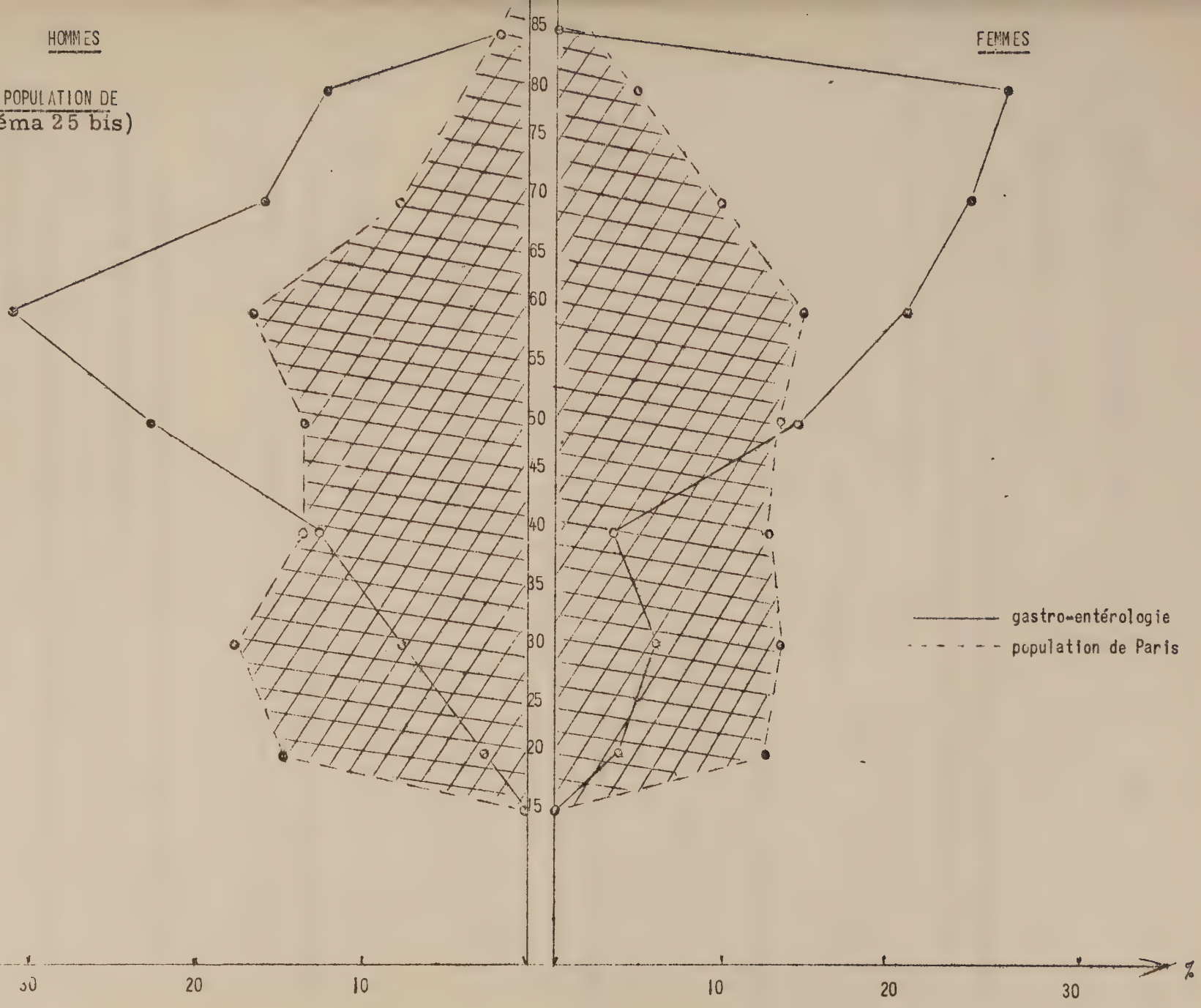
HOMMES

COMPARAISON AVEC LA POPULATION (schéma 25)

FEMMES



COMPARAISON AVEC LA POPULATION DE PARIS (1963) (schéma 25 bis)



II - RESULTATS ADMINISTRATIFS

a - Circonstance d'admission

Examinant les répartitions hommes et femmes , suivant la rubriques définies dans l'échantillon général, nous voyons que la similitude est très grande en pourcentage. Par exemple :

- 4I % des hommes sont entrés en urgence en G.E.
- 42,I % des femmes "
- 48,3 % des malades de l'échantillon sont entrés par le service d'urgence.

Sur le tableau, nous retrouvons une répartition très comparable.

Cela nous a conduit à laisser de côté un certain nombre de questions administratives et sociologiques qui font sans doute, double emploi avec celles de l'échantillon. Certains points, qui ont paru plus intéressants, ont seuls été développés.

C'est le cas de la répartition selon la date d'entrée.

b - Répartition selon la date d'entrée.

Notre but n'est point d'en déduire un fonctionnement saisonnier du service, puisque la période de l'enquête est trop courte (3 mois et I0 jours) et ne le permet donc pas.

Nous avons voulu déterminer si l'ouverture d'une consultation spécialisée se faisait sentir sur la répartition.

Si nous prenons les chiffres globaux (le détail figurant sur le tableau ·27) nous constatons :

	Hommes				Femmes				Total			
	nombre		%	% échant.	nombre		%	%échant.	nombre		%	% échant.
	PD	FVB			PD	FVB			PD	FVB		
Service d'urgence	23	10	41,7	53,5	15	11	42,6	42,1	38	21	42,0	48,3
Consultation de porte	8	2	12,8	6,3	6	4	16,4	6,3	14	6	14,3	6,2
Total entrées directes	31	12	54,5	59,8	21	15	59,0	48,4	52	27	56,3	54,5
Médecin traitant	19	8	34,2	28,3	10	8	29,5	37,1	29	16	32,2	32,5
Transfert	5	2	8,8	8,3	4	1	8,2	10,4	9	3	8,7	9,2
Spécialiste	1	1	2,5	3,6	2	-	3,3	4,1	3	1	2,8	3,8
Total	56	23	100	100	37	24	100	100	93	47	100	100
Indéterminés	4	-	4,8	8	2	-	3,2	7,8	6	-	4,1	7,9
Total général	83		100	100	63		100	100	146		100	100

MODE D'ENTREE EN GASTRO-ENTEROLOGIE (schéma 26)

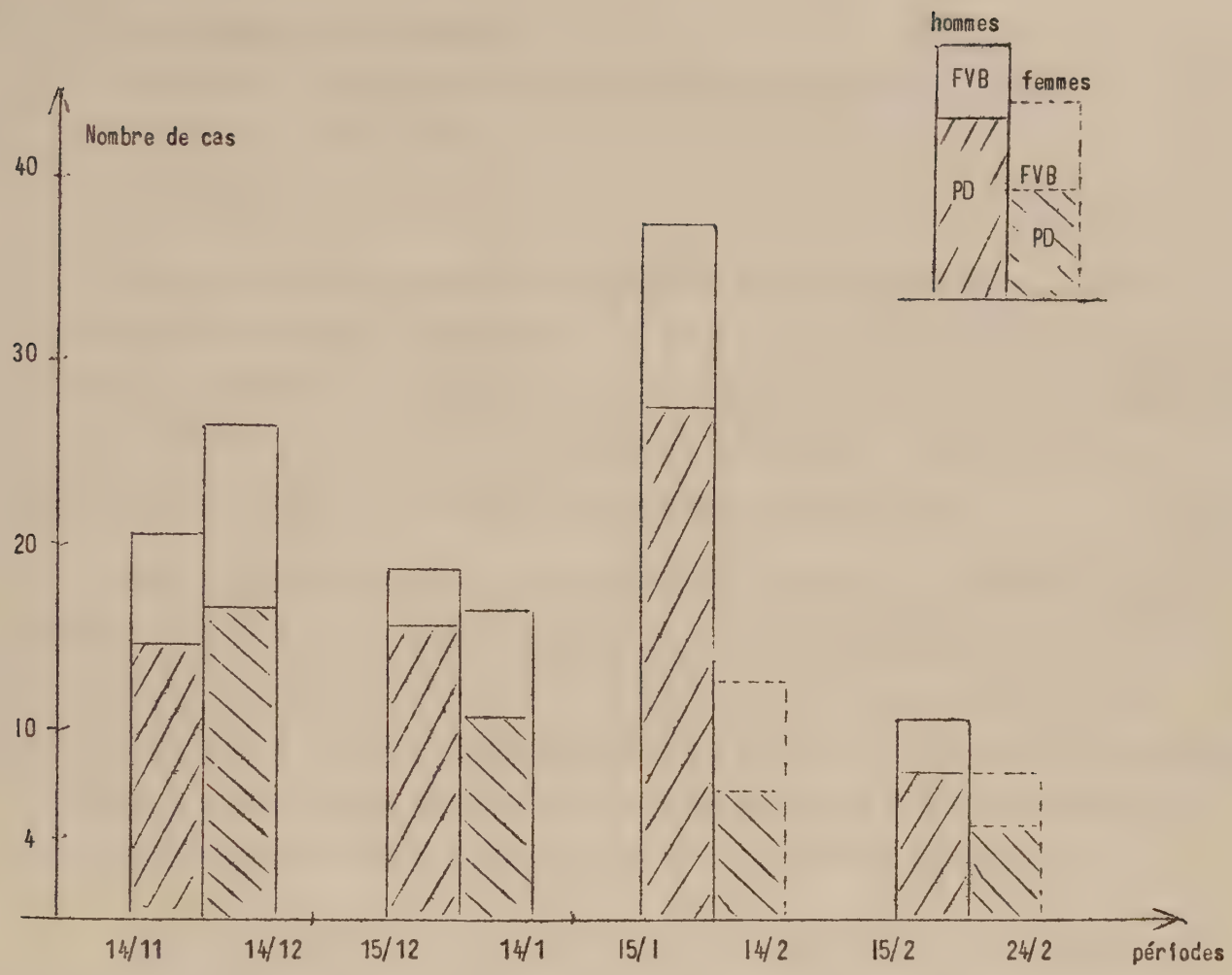
REPARTITION DES ADMISSIONS SELON LE MOIS D'ENTREE (schéma 27)

Ages	14/11 à 14/12/66					15/12/66 à 14/1/67					15/1 à 14/2/67					14/2 à 24/2/67					Total
	Hommes		Femmes		Tot.	Hommes		Femmes		Tot.	Hommes		Femmes		Tot.	Hommes		Femmes		Tot.	
	PD	FVB	PD	FVB		PD	FVB	PD	FVB		PD	FVB	PD	FVB		PD	FVB	PD	FVB		
de 15 à 25 ans	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	1	-	1	-	2	-	-	-	-	-	3
26 à 35 ans	2	-	1	1	4	1	-	2	-	3	1	-	-	1	2	1	-	-	-	1	10
36 à 45 ans	-	2	-	1	3	1	1	-	-	2	4	2	1	-	7	1	-	1	-	2	14
46 à 55 ans	3	2	1	2	8	3	1	1	3	8	8	1	1	-	10	2	1	1	-	4	30
56 à 65 ans	5	1	4	1	11	5	-	2	2	9	10	3	-	4	17	1	2	-	-	3	40
66 à 75 ans	2	-	7	4	13	2	1	-	1	4	2	2	2	1	7	3	-	2	-	5	29
76 à 85 ans	3	1	4	-	8	3	-	6	-	9	2	2	2	-	6	-	-	1	3	4	27
au-delà de 85 ans	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Total partiel	15	6	17	10	48	16	3	11	6	36	28	10	7	6	51	8	3	5	3	19	154
Total général	21		27		48	19		17		36	38		13		51	11		8		19	154

Remarque : 154 admissions représentent 146 malades dont 8 "double hospitalisations"

PD = pathologie digestive

FVB = foie et voie biliaire



REPARTITION DES ADMISSIONS DU 14 novembre 66 au 24 février 67 (schéma 28)

- 1er mois : 48 malades
- 2e mois : 36 malades (I4 décembre - I4 janvier)
- 3e mois : 5I malades
- 10 jours : I9 malades

Nous voyons une diminution pendant la période des fêtes, ce qui est très fréquent (2e mois). Mais le Ier et le 3e mois sont significatifs : nombre de malades équivalent . On ne peut donc dire que la présence d'une consultation de spécialistes ait déjà une influence. Plus tard, il est possible et normal que la présence de spécialistes connus joue un rôle.

Plus curieuse est la répartition hommes et femmes pendant le 3e mois d'hospitalisation (tableau 28). Alors que les deux mois précédents, les proportions sont équitables, au cours du 3e mois, nous voyons une très forte participation des hospitalisations hommes, ce qui explique que celle des femmes ait diminué. Nous savons en effet que la répartition des lits (par sexe) n'est pas fixée une fois pour toutes, mais qu'elle varie suivant les besoins.

Nous n'avons pu trouver d'explication à cette constatation. Les malades avaient-ils attendu la fin de la période des fêtes pour se faire hospitaliser ?

III - RESULTATS SOCIOLOGIQUES

Nous avons laissé de côté l'étude de la profession,de l'origine géographique et de la résidence.

Nous reprendrons à propos de l'étude de la morbidité, la recherche des Ethnies, qui peut apporter quelques renseignements.

oOo

CHAPITRE IV

La morbidité hospitalière en gastro-entérologie.

Nous avons étudié la morbidité dans cette spécialité, pour donner une idée de l'étendue de la gastro-entérologie en médecine générale.

Notre méthode de travail a été la même que pour l'échantillon général. Division en rubriques, comparaison entre motif principal d'hospitalisation et les maladies associées.

Dans un deuxième temps, comparaison avec la consultation de Porte de Broussais.

PATHOLOGIE DIGESTIVE

Résultats sur tous les diagnostics.

Nous constatons la présence de 26 gastrectomies soit 5,2 % du total des hospitalisés. Dans la population masculine, les gastrectomies au nombre de I8, représentent 6,9 % des malades.

Viennent ensuite les ulcères gastro-duodénaux (hommes et femmes) en même temps que les troubles fonctionnels gastriques 3,2 et 3,4 %.

Pour les troubles fonctionnels gastriques, nous avons compté tous ceux qui souffraient de troubles dyspeptiques ou d'épigastralgies franches mais sans confirmation radiologique. La pathologie de l'oesophage n'est point négligeable de même que celles des hernies hiatales et diaphragmatiques.

Quant à la Proctologie, elle est présente pour I,4 % du total des malades.

Bien sûr, la proportion des divers est importante, mais nous ne pouvions allonger indéfiniment la liste des rubriques.

Remarquons sur ce tableau que les affections digestives accompagnant le diagnostic principal d'hospitalisation sont principalement les gastrectomies, les ulcères gastro-duodénaux et les hernies hiatales ou diaphragmatiques.

Comparons maintenant avec la consultation de Broussais : rappelons qu'il s'agissait d'un échantillon total de 3.278 personnes.

Si la pathologie de l'oesophage et des hernies est peu représentée, le nombre des ulcères est supérieur à celui des gastrectomies (en hospitalisations, ce fut l'inverse).

- 7I ulcères contre 58 gastrectomies à Broussais
- I6 ulcères contre 26 gastrectomies à Cochin

Les pourcentages sur le total des échantillons sont assez significatifs :

- gastrectomies 6,9 % à Cochin, I,7 % à Broussais
- ulcères 3,2 % " 2,2 % "
- troubles fonctionnels gastriques
  3,4 % " I,6 % "

Nous constatons aussi sur le reste du tableau qu'à l'inverse de Cochin, la consultation de Broussais voit arriver un grand nombre de malades présentant des troubles fonctionnels digestifs : diarrhée, constipation.....

diagnostic principal et maladies associées en pathologie digestive (schéma 29)

Affections	Hommes		Femmes		Total	°/₀ des hospitalisations
	diagnostic principal	diagnostics associés	diagnostic principal	diagnostics associés		
Oesophage + cancer	3	-	4	I	8	I,6
Hernie hiatale et diaph.	2	3	2	3	IO	2
Ulcères gastro-duodénaux	4	6	I	5	I6	3,2
Gastrite	1	1	-	-	2	D,4
Gastrectomies	5	I3	3	5	26	5,2
Compl. gastrectomie	2	-	1	-	3	-
Tr. Fonct. Gastriques	9	-	8	-	I7	3,4
Diarrhée	3	-	-	-	3	0,6
Constipation	1	-	2	-	3	0,6
Diverticulose	1	-	1	-	2	0,4
Dolichomégacolon	-	-	1	-	1	-
Prottologie	7	-	-	-	7	I,4
Cancer	4	-	3	-	7	-
Divers	9	-	5	-	I4	-

ETUDE COMPARATIVE HOSPITALISATIONS-CONSULTATIONS EN NOMBRE DE CAS
(Schéma 30)

Diagnostics	COCHIN		BROUSSAIS	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Oesophage	3	5	5	3
Hernie diaphrag. hiatale	5	5	8	I6
Ulc. gast. duod.	IO	6	60	IO
Gastrite	2	-	5	2
Gastrectomie	I8	8	44	I4
Tr. fonct. Gastriques	9	8	33	2I
Diarrhée	3	-	23	24
Constipation	1	2	13	20
Diverticulose	1	1	6	9
Proctologie	7	-	5I	37
Divers	I5	9	32	23

POURCENTAGE DES AFFECTIONS DIGESTIVES RAPPORTE A L'ENSEMBLE DES MALADES (schéma 3I)

Affections	COCHIN °/₀ des hospitalisés	BROUSSAIS °/₀ des consultants
Oesophage	0,2	I,6
Hernies Dgs hiatale	0,7	2
Ulcères G.D.	2,2	3,2
Gastrite	0,2	0,4
Gastrectomie	I,7	5,2
Tr. Fonct. Gast.	I,6	3,4
Diarrhée	I,4	0,6
Constipation	1	0,6
Diverticulose	0,4	0,4
Proctologie	2,7	I,4
Divers		

La proctologie y est aussi un peu plus importante en pourcentage.

De tout ceci, il ressort la nécessité d'un équipement spécialisé adéquat pour suivre tous ces malades dont les affections touchent tout l'appareil digestif : équipement radiologique digestif et oesophagien, gastroscopie, rectoscopie, sont des examens fréquents.

PATHOLOGIE HEPATO-BILIAIRE

Résultats sur tous les diagnostic.

Viennent en tête très nettement, les cirrhoses d'origine éthylique que ce soit chez les hommes ou chez les femmes : I8 cas.

Remarquons la proportion égale dans les 2 sexes : 9 cas chaque fois soit 3,4 % chez les hommes et chez les femmes. La recherche de la profession chez les femmes a été sans intérêt du fait des indéterminés. Par contre, l'âge des "cirrhoses" se situe entre 35 et 65 ans.(dont beaucoup autour de 60 ans).

Chez les hommes, quatre ne sont pas des manuels (Inspecteur des P et T, Surveillant, papetier, "viticulteur " !). Les cinq autres sont monteurs, soudeur, chauffeur, manoeuvre. L'âge varie entre 38 et 69 ans, avec deux pointes auteur de 45 et 60 ans.

Après les cirrhoses viennent, chez les femmes, les lithiases biliaires : 3,4 %, mais beaucoup d'entre elles, formait des antécédents et n'était pas une découverte d'hospitalisation.

La fréquence en est très nettement féminine : 8 cas sur 9 . Les ictères et hépatomégalies : I, 4 %.

Dans les hépatomégalies furent classées toutes les augmentations de volume du foie dont l'origine n'était pas alcoolique, mais non précisée pour autant, parfois à cause du refus du malade apposé à une intervention exploratrice : laparoscopie et biopsie hépatique.

Cependant cet examen a été pratiqué 8 fois chez les hommes et 5 fois chez les femmes.

Nous ne citons que pour mémoire tous les bilans hépatiques pratiqués, et les autres examens nécessaires à la pathologie hépatique. Les syndromes douloureux abdominaux étaient de classement difficile, par exemple :

- chez les femmes, deux sont sans doute, d'étiologie biliaire et pancréatique, un dû à une grippe, un autre dû à l'existence d'une môle etc...

Les cancers sont peu nombreux 4 chez les hommes, 2 chez les femmes. Les cholecystectomies sont dans les antécédents : 5 cas.

La comparaison avec la consultation.

D'emblée , nous voyons beaucoup plus de cirrhoses-hommes en consultations. Par contre, très peu d'hépatomégalies indéterminées.

Le chapitre des cholecystectomies et des lithiases est relativement fourni, compte tenu de l'ampleur de l'échantillon.

Recherche selon les ethnies.

Est décevante. Notre échantillon est trop petit. Nous ne pouvons que signaler que gastrectomies et ulcères se retrouvent parmi les métropolitains. Les Nord-Africains ne revendiquent que quelques "troubles digestifs".

DIAGNOSTIC PRINCIPAL ET MALADIES ASSOCIEES EN PATHOLOGIE HEPATO-BILIAIRE (schéma 32)

Affections	Hommes		Femmes		Total	% hospitalisations
	Diagnostic principal	Diagnostics associés	diagnostic principal	diagnostic associés		
ictère	2	I	3	I	7	I,4
Foie, cirrhose, alcool	9	-	9	-	I8	3,4
Hépatomégalie sans cirrhose alcool.	3	-	3	I	7	I,4
Pancréas	-	2	-	I	3	0,6
Lithiase biliaire	1	-	3	5	9 (8 fem.)	3,4
Cholecystectomie	-	2	-	3	5	I
Syndrome douloureux abdominal	4	-	4	-	8	-
Cancer biliaire	1	-	-	-	1	-
Cancer hépatique	1	-	1	-	2	-
Cancer pancréatique	1	-	1	-	2	-
Divers	1	2	2	-	5	-

ETUDE COMPARATIVE HOSTPIATLISATION-CONSULTATION (schéma 33)

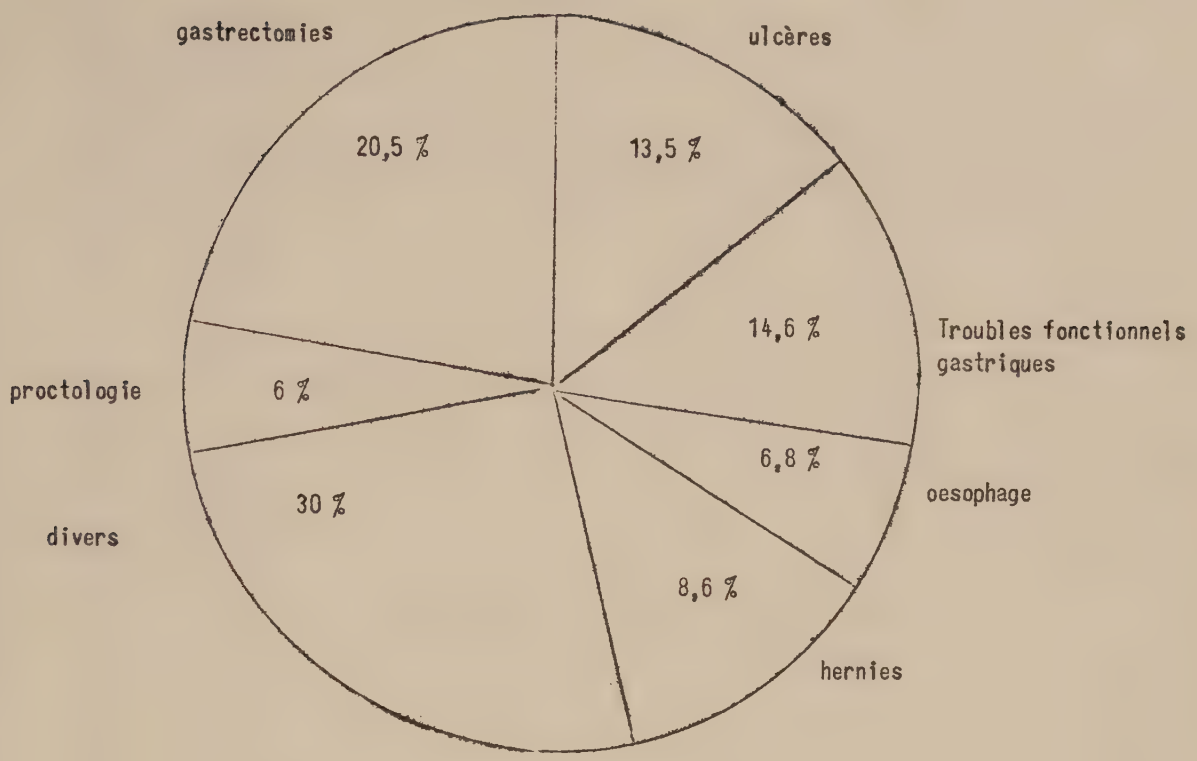
Diagnostics	COCHIN		BROUSSAIS	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Ictère	3	4	8	3
Foie alcoolique	9	9	4I	II
Hépatomégalie	3	3	4	0
Pancréas	3 (1K)	1 (K)	1	1
Lithiase biliaire	1	8	3	I5
Cholecystectomie	2	3	I2	35
Divers	5	3	2	1

K : cancer

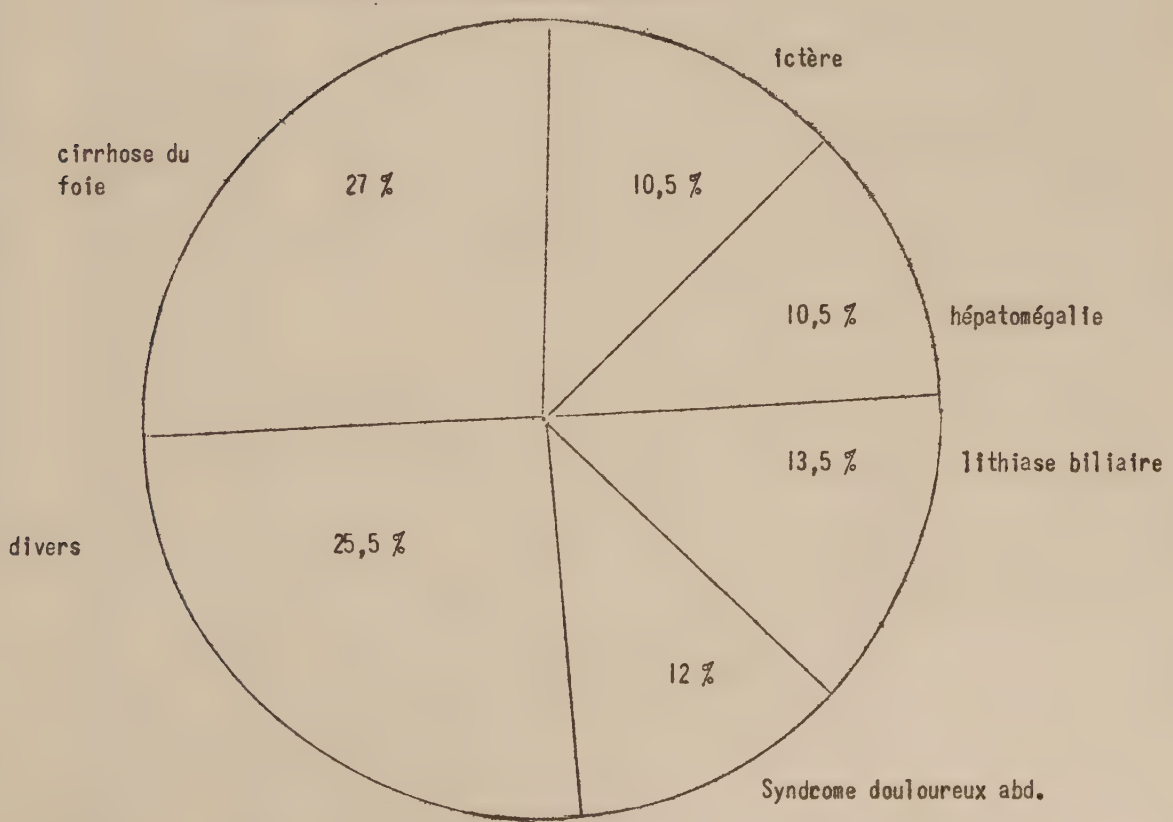
POURCENTAGE DES AFFECTIONS HEPATO-BILIAIRES RAPPORTE A L'ENSEMBLE DES MALADES (schéma 34)

Affections	% des consultants BROUSSAIS.	% des hospitalisés COCHIN.
Ictère	0,3	I,4
Cirrhoses	I,6	3,4
Hépatomégalie	-	I,4
Pancréas	-	0,6
Lithiase biliaire	0,5	3,4
Cholecystectomie	I,4	I
Divers		

PATHOLOGIE DIGESTIVE EN POURCENTAGE (schéma 35)



PATHOLOGIE HEPATO-BILIAIRE EN POURCENTAGE



PRINCIPALES AFFECTIONS DIGESTIVES PAR ETMIES (schéma (36))

Ethnies	Ulcéreux et gastrectomisés (et K)		Troubles fonct. gast.		Proctologie	
	Hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes
Métropolitains	I8	I0	8	3	5	1
Nord-africains	-		4		-	
Européens non-français (Antillais)	2		2	2	-	
Divers	-	-	-	-	-	-

Notre conclusion sera peu différente de celle qui concerne la pathologie digestive.

L'équipement spécialisé est nécessaire pour mener à bien toutes les investigations, en vue d'une meilleure thérapeuthique offerte aux malades.

- Les Associations morbides en gastro-entérologie.

Etant donné la petitesse de notre échantillon, nous nous bornerons à signaler quelques associations :

Les gastrectomies :

4 gastrectomies sont associées à des pneumopathies aiguës et à une pleurésie.

5 gastrectomies sont associées à la tuberculose dont une seule stabilisée. Un seul cas était tuberculeux avant son opération.

3 sont associées à une hémiplégie,

8 sont associées à la dénutrition, l'anémie, dymping-syndrome ; 3 d'entre elles sont associées à un cancer évolutif,

2 cas sont associés à un infarctus du myocarde.

Les ulcères gastro-duodénaux.

2 sont associés, l'un à un infarctus du myocarde, l'autre à une insuffisance coronarienne.

4 sont associés à des syndromes neuro-psychiatriques (2 tentatives d'autolyses, 1 mélancolie, 1 comitialité.)

Les troubles fonctionnels gastriques .

5 sont associés à des syndromes psychiatriques peu définis (1 psychiasthénique , 1 anorexie mentale, 3 déséquilibrés psychiques dont deux avec "spasmophilie"), 1 à un "myxoedème", 1 à un "syndrome cérébelleux" .

Les hernies hiatales ou diaphragmatiques.

4 hernies hiatales sont associées avec un infarctus du myocarde (dont 1 coronarite par diabète associé).

2 sont associées à une anémie.

Les cirrhoses éthyliques.

3 cas de cirrhoses associées à une tuberculose dont deux qualifiées "d'ancienne ".

2 cas d'infections associées (1 pneumopathie, 1 septicémie grave)

2 cirrhoses associées à un coma hépatique.

Les lithiases .

4 associations avec des affections cardio-vasculaires (2 insuffisances cardiaques, dont une par maladie cardiaque rhumatismale, une insuffisance cardiaque droite et un infarctus du myocarde).

Ethylisme .

3 cas associés à l'épilepsie.

2 cas associés à une infection (1 tuberculose et 1 bronchopneumopathie chronique).

ASSOCIATIONS MORBIDES : nombre de cas - PATHOLOGIE DIGESTIVE (schéma 37)

Associations morbides	Hommes			Femmes			Total
	Ulcères	Gastrectomies	Troub. fonc. Dg	Ulcères	Gastrectomies	Tr. fonct Dg	
Coeur	2	3		3		1	9
Vx HTA Pathologie		2	I		2		5
Pneumologie	2	3	2	2	1		I0
Tuberculose	I	4	3		3	I	I2
Neurologie	5	4	I	I	I	I	I3
Psychiatrie	I	I	3	I	-	2	8
Nutrition	-	-	∓	3	-	I	5
Foie V.B.	I	I		I	I		4

PATHOLOGIE HEPATO-BILIAIRE (SCHEMA 38)

Associations morbides	Hommes				Femmes				Total
	Cirrhose	Ictère	Hep.	Σ albd.	Cirrhose	Ictère	Lit.biliaire	Σ abd.	
Coeur	1	-	-	3	-	-	3	-	7
Vaisseaux	1	-	-	-	-	-	I	-	2
Pneumologie	1	1	-	-	-	-	1	-	3
Tuberculose	2	-	-	-	3	-	-	-	5
Neurologie	I	I	2	-	6	I	I	-	I2
Psychiatrie	-	-	--	-	1	-	1	-	2
Nutrition	1	-	1	-	1	-	2	-	5
Alcoolisme	-	-	2	-	1	-		-	3

- Mortalité hospitalière :

Dans un dernier temps, nous voudrions dire quelques mots sur la mortalité.

Pour évaluer le nombre de décès nous ne prendrons comme point de comparaison que les malades sortis définitivement . Nous ne pouvons, en effet, savoir comment certains malades encore présents, sortiront du service.

Cela diminue notre échantillon de près de I00 malades si nous y adjoignons les indéterminés encore assez fréquents. Donc, sur 400 malades, nous avons 53 décès, soit 12,8 % des hospitalisés.

La statistique du Docteur MAGDELAINE à l'Hôtel-Dieu montre 9,I % des décès, mais il ne comptait pas les malades morts à leur arrivée. Les résultats sont donc assez comparables, car à Cochin, cinq malades sont restés de quelques heures à 2 jours. De plus, l'influence de la saison est peut sensible.

Par sexe, nous avons 23 hommes pour 30 femmes, soit une prédominance féminine nette.

A tite indicatif, nous avons regardé la proportion de décès en gastro-entérologie, Nous trouvons 11 hommes et 11 femmes, soit 22 malades. Ce qui est important par rapport aux 53 décès totaux.

Nous avons quelques explications :

- Quelques malades présentaient des cancers au stade évolutif terminal (2 de la sphère ORL ayant entrainé une dysphagie, une linite plastique reconnue ultérieurement en nécropsie, 2 ictères terminaux par cancer pancréatique et hépatique, etc...).

- Quelques malades présentaient le stade terminal de la cirrhose éthylique, en particulier une femme de 35 ans. Celà se reconnaît sur le tableau par le nombre de cas entre 56 et 65 ans : 6 cas.

Sur le plan "diagnostics", nous avons retrouvé un certain nombre de fois, les mêmes affections. Compte tenu des doubles diagnostics, voici ce que nous avons :

- Accident vasculaire, coma ..... 16 cas
- Défaillance cardiaque, infarctus..... 13 cas
- Cancers ..... 13 cas
- Insuffisance respiratoire aiguë .....13 cas

Sur le tableau (4I), il sera possible de se rendre compte que les mêmes causes y sont notées et dans la même proportion.

Il s'agit de résultats donnés par Annic ALPEROVITCH dans sa thèse "Etude systématique de la population d'un service de médecine interne parisien".

Il est plus difficile de comparer avec les résultats du Docteur MAGDELAINE qui les a présentés sous l'angle des maladies organiques caractérisées et non de syndromes cliniques.

Nous notons cependant la prédominance des accidents vasculaires, de l'éthylisme, des cancers, des maladies thrombo-emboliques.

Nécropsies.

Sur 53 décès , nous avons 26 vérifications anatomiques soit la moitié des cas.

Pour les autres décès , soit il y a eu opposition de la part de la famille, soit elles n'ont pas été pratiquées. Parfois aussi, les résultats n'étaient pas encore parvenus.

ECHANTILLON = Décès (Schéma 39)

Ages	Hommes		Femmes		TOTAL	°/₀
	Total	°/₀	Total	°/₀		
moins de 36 ans	-	-	-	-	-	-
36 à 45	-	-	-	-	-	-
46 à 55	2	0,9	2	1	4	0,9
56 à 65	6	2,7	4	2	I0	2,4
66 à 75	7	3,I	6	3	I3	3,0
76 à 85	8	3,6	I0	5	I8	4,6
plus de 85 ans	-		8	4	8	I,9
Total	23	I0,3	30	I6,2	53	12,8

Décès = G. Entérologie (Schéma 40)

Ages	Hommes	Femmes	Total
36 à 35 ans	-	-	-
46 à 55	-	2	2
56 à 65	4	2	6
66 à 75	2	2	4
76 à 85	5	5	IO
> plus de 85 ans	-	-	
total	11	11	22

Echantillon = 23 hommes GE = 11
30 femmes " = 11

CAUSE DE DECES (schéma 4I)

Causes de décès	Vaugirard	Cochin	Hotel - Dieu -I952-
Accident vasc. cérébral	38	I6	42
Défaillance cardiaque	26	17	22
Cirrhose éthylique	I7	-	21
Néoformations	22	I3	26
Détresse respiratoire aiguë	11	I3	I5
Dg imprécis (misère physiol.)	I9	3 (cachexie)	-
Autres causes	22	4	39

Vaugirard = échantillon A. ALPEROVICTH (I260 malades)

Hôtel-Dieu : chiffres fournis par une enquête.

Sur les 26 nécropsies, I5 apportaient une confirmation diagnostique sans élément nouveau.

Les ll cas restant : découverte de

- 4 ulcères gastriques
- 1 lithiase biliaire
- 1 cancer de la queue du pancréas chez un malade arrivé pour "ramollissement cérébral"
- 1 thrombose du système porte et 1 lithiase intrahépatique chez un malade arrivé pour un syndrome douloureux abdominal fébrile avec début ictère.
- 2 infarctus du myicarde
- 2 fibromes utérins
- 1 perte de substance (taille "mandarine") dans le lobe occipital, chez un éthylique suspect de comitialité.
- métastases rénales et surrénales chez un cancer bronchopulmonaire.

(Le chiffre obtenu dépasse les ll cas, car il y a deux associations : 1 ulcère avec 1 lithiase, 1 fibrome utérin avec 1 infarctus du myocarde, chez une malade atteinte de leucose mycloblastique).

- Notons seulement que sur ll "découvertes" 6 rélèvent de la gastro-entérologie dont 4 ulcères gastriques.

Représentativité de notre échantillon hospitalier

Avant de conlure, nous avons voulu examiner si notre étude avait une quelconque importance sur le plan statistique.

Une référence s'est imposée à nous : "La thèse de MICHEL MAGDELAINE" "Recherches sur la clientèle hospitalière" (Paris 1958) faite sous la direction du Professeur PEQUIGNOT. L'ampleur de l'échantillon (5.721 malades en plusieurs enquêtres), le sérieux, la durée, la constance des efforts, l'aide mécanographique qui leur fut fournie, nous ont semblé une certaine garantie.

Son enquête fut réalisée de 1952 à 1954-1955. A douze ans d'intervalle que signifie l'accollement des résultats obtenus dans ces deux hôpitaux, sur la morbidité ?

Nous avons laissé la classification internationale que nous n'avons pas utilisée pour notre compte. De même la classification par degré de précision du diagnostic, fut établie d'une façon beaucoup plus précise et détaillée que la nôtre et nous ne pouvons songer à une comparaison.

Reste la classification par spécialités de diagnostics qui nous concerne expressément.

Là encore, nous avons comprimé les rubriques. Cela est vrai surtout pour les "Divers" dans lesquels nous avons fait rentrer : appareil génito-

urinaire, hématologie, endocrinologie, dermatologie, traumatologie, maladies infectieuses et tuberculose non pulmonaire. Le montant se chiffre à I7,5 % du total, assez semblable au I6,2 % trouvé en médecine générale à Cochin.

Cette ressemblance, nous la retrouverons tout le long du tableau, en suivant les rubriques ; sauf pour la "nutrition" et "la neuro-psychiatrie", qui sont un peu plus faiblement représentées à l'Hôtel-Dieu.

Par contre, les chiffres sont très semblables pour les grandes spécialités. Et nous retrouvons la gastro-entérologie en bonne place avec 13,7 % de tous les diagnostics et non de ceux motivant principalement l'admission.

Certes, ce pourcentage est moins grand qu'en consultation de porte, mais nous pensons que ce chiffre provient peut être du fait, que nous n'avons pas trouvé mention, en pathologie digestive, des gastrectomisés. Ont-ils été classés à part ? Etant donné leur forte proportion, peut être cela suffit-il à expliquer la différence enregistrée.

En regardant, par ailleurs, les diagnostics précis enregistrés à l'Hôtel-Dieu, nous avons remarqué la très forte proportion des cirrhoses 4,6 % contre I,5 % des ulcères gastro-duodénaux, par exemple.

Dans notre échantillon de pathologie digestive et hépato-biliaire, la proportion de cirrhoses était moindre. A l'Hôtel-Dieu, l'explication de la proximité des Halles était donnée,pour justifier le pourcentage.

Pour conclure, nous aimerions citer quelques lignes écrites par M. MAGDELAINE :

"La fréquence avec laquelle les malades présentent une maladie isolée, ou non relevant de ces spécialités doit orienter le médecin de

médecine générale dans l'acquisition des connaissances que réclament ces malades et guider le Chef de service dans le choix de ses collaborateurs spécialistes : le cardiologue, le gastro-entérologue, le psychiatre, le neurologue, le phtisiologue , le rhumatologue du service pour ne parler que des plus urgents.

Il y a là nous semble-t-il sur le plan administratif des arguments chiffrés... arguments qui aboutiront peut être un jour à l'instar de certains pays étrangers, à l'hôpital général où l'unité n'est plus le service mais l'hôpital autour duquel gravitent non plus des services de spécialités remplis de malades tout-venant, mais des spécialistes travaillant en équipe sur la même clientèle hospitalière.

oOo

CLASSEMENT PAR SPECIALITES (schéma 42)

Affections	Hospitalisations Cochin (I967) tous diagnostics °/₀	Hospitalisations Hôtel-Dieu (I954-I955) tous diagnostics °/₀	consultations Broussais (I966) tous diagnostic °/₀
Pathologie digestive foie, voies biliaires	I3,9	I3,7	I8
Aff. card. vasculaires	I4,8	I2,8	22,3 (orientation CV de Broussais)
Pneumologie	II,5	II	4,I
Neurologie (+ épilepsie)	II	I5,1	3,9
Psychiatrie (+ suicide)	I0,4		9,8
Nutrition (cachexie, obésité, diabète)	8,2	4,8	22,2
Tuberculose	6	5	3,3
Rhumatologie	3,4	4,8	I0
Alcoolisme	2,5	5,3	-
Divers	I6,2	I7,5	I2,2

CONCLUSIONS

1 - Nous avons recensé les 500 premiers malades hospitalisés dans un service de médecine générale nouvellement ouvert.

2 - Nous avons rapporté les principales caractéristiques démographiques et sociales de ce groupe d'hospitalisés, et nous les avons rapprochées d'enquêtes antérieures, faites dans d'autres hôpitaux à Paris et en province, et plus récemment, dans une consultation hospitalière de porte.

3 - Nous nous sommes attachés au dénombrement des malades relevant de la gastro-entérologie ; ils représentent un malade sur cinq, des hospitalisés. L'ordre de grandeur de cette fréquence n'est comparable qu'à la cardiologie.

4 - La fréquence est à peu près semblable parmi les hospitalisés et parmi les consultants.

5 - Sans vouloir donner à ces chiffres plus de valeur qu'ils n'en ont, notons cependant la fréquence des gastrectomies dans la population masculine hospitalisée : 6, 9 %

- celle des cirrhoses (pourcentage égal pour les populations masculine et féminine) : 3, 4 %

- celle des lithiases biliaires dans la population féminine : 3,4 %.

- celle de la pathologie oesophagienne : I,6 % (pourcentage par rapport à l'ensemble de la population).

oOo

Vu, le Président de Thèse :

Pr. PEQUIGNOT

Vu, le Doyen de la Faculté :

G. BROUET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

H. PEQUIGNOT , J. GUERRE, R. GIRERD -

"Etude systématique de la clientèle d'une consultation hospitalière". "Hôpital et Aide Sociale à Paris, n° 38, mars-avril I966 p. 23I à 248 et n° 40 juillet - août I966, p. 469 à 503.

R. GIRERD-

"Recherches sur le consultant hospitalier". Thèse Paris I965, n° I47.

Y. GRANGE -

"Un service parisien de médecine générale en I836". Contribution à l'étude de la fonction hospitalière. Thèse Paris I965 , n° 204.

M. MAGDELAINE -

"Recherches sur la clientèle hospitalière" Thèse Paris I958, n° 702.

M.C. LEHARLE -

"Une enquête sur la sociologie, la morbidité et l'hospitalisation des malades dans un centre hospitalier régional et deux hôpitaux-hospices". Thèse Paris I962.

Annick ALPEROVITCH -

"Etude systématique de la population d'un service de médecine interne parisien". Thèse Paris I967.

H. PEQUIGNOT, J.P. ETIENNE , L. LOUBRIEU -

Hospitalisation de la population de la Seine dans les hôpitaux de l'Assistance Publique.
"Semaine des Hôpitaux de Paris " 35e année n° 5 p. 320 à 325.

oOo

agemp
EDITIONS
40 R. Pascal
PARIS 13e
TELEPHONE
535:18—93
535:18—62